



CONTENTS

의료정책포럼 Vol.13 No.3

2	인물
	정진엽 보건복지부 장관 / 이창 KMA Policy 특별위원회 위원장
5	특집 : 보건부 독립 및 전문성 강화
	독립 및 전문성 강화, 왜 필요한가? / 김춘진, 신상진
	선진 외국의 질병관리시스템 어떻게 운영되는가? / 이진한
	보건부 독립에 대한 논의 배경과 보건복지부의 운영 현황 / 전병률
	MERS 사태에 대한 대국민 인식도 조사·분석 / 서경화
46	의료정책
	건강을 위한 근대성의 극복-보건소장 자격을 위한 제언 / 최경만
	지역사회에서의 일차의료 시범사업에 가는 기대 / 조현호
	메르스 사태로 본 감염관리기금 조성의 필요성 / 김계현
53	보험정책
	건강보험 급여 보상 개념의 변화와 방법의 다양화 / 이평수
	진찰료 산정기준의 불합리성과 개선방안 / 이정찬, 임익강
66	포커스
	의원급 의료기관 특별세액감면제도 부활의 필요성 / 최진우
	웰니스 제품 기준안 무엇이 문제인가? / 유화진
	공공병원의 공공의료기능 현황과 적자 / 이진용
	제7차 한국표준질병사인분류 중 한의분류 통합의 문제점 / 이혜연
89	의료와 법
	감염병 관련 법적 분쟁과 규제에 관한 합리적 해결 방안 / 이경환
95	연구보고
	의료전달체계에서 민간 의료기관의 기여도와 공익적 역할을 위한 방안 / 이견세
	원격의료 정책현황 분석연구 / 김진숙
109	해외의료정책 동향
	Global Health Security Agenda / 오주환
	공중보건 위험정보 전달체계에 대한 국내외 현황 / 김석영
122	눈으로 보는 의료정책
	부실한 의료전달체계로 인한 상급종합병원 외래진료 확장과 동네의원과의 진료의뢰-회송체계 기능 실종 단면들
126	톡톡 씹씹
144	권말부록
	지상중계 : 메르스 사태에서 무엇을 배울 것인가?
	Post MERS 대책마련을 위한 공동토론회II

인 물

계간 의료정책포럼 13권 3호가 선정한 인물은 정진엽 보건복지부장관과 이 창 KMA Policy 특별위원회 위원장. 제52대 보건복지부장관에 취임한 정 장관은 17년 만에 배출된 의사출신 장관으로 정부 중앙부처 수장에 오르면서 각계의 주목을 받고 있다.

역대 처음으로 보건복지부장관, 건보공단 이사장, 심평원 원장이 모두 최고의 전문가인 의사출신이라는 점에서 우리나라 보건의료체계가 한 단계 도약할 수 있는 발판이 마련되길 기대하고 있다.

향후 대한의사협회 정책 나침반 역할을 담당할 KMA Policy 특별위원회 이 창 위원장은 대구광역시의사회 회장과 의협 감사 등 의료계 요직을 거치면서 잔뼈가 굵은 인물로 다시 한 번 중차대한 미션을 부여받았다.

탄탄한 기초 작업을 거치고, 의료계의 다양한 의견이 하나로 모아지고 집대성되어 의협의 역량강화를 꾀하고 의료계 새로운 비전을 만들어 갈 수 있도록 KMA Policy 특별위원회에 의료계 희망을 걸어본다.



17년만에 의사출신 장관 임명 “보건의료 분야 전문성 강화 이뤄내야”



보건복지부 장관 | 정진엽 |

정형외과 의사이자 분당서울대병원장 출신인 정진엽 신임 보건복지부장관은 2015년 8월 4일자 박근혜대통령의 인사 발표 이후, 국회 인사청문회를 거쳐 지난 8월 27일 오후 5시 30분 보건복지부 세종청사 5층 대회의실에서 취임식을 갖고, 제52대 보건복지부장관으로서 공식 업무에 들어갔다.

정 장관은 지난 1998년 35대 장관인 의사출신 주양자 전 장관 이후 무려 17년만에 의사출신이 보건복지부 수장에 오르게 된 것이다. 언론에서는 신임 정 장관의 임명과 관련하여 중동호흡기증후군(MERS, 메르스)으로 인해 드러난 한국의료체계의 문제점을 해결해야 하는 중책을 맡게 되었다고 평하고 있다.

정진엽 신임 장관은 8월 24일 열린 국회 인사청문회에서 “원격의료 도입은 도서벽지 등 오지로 국한해야 한다. 대도시 환자를 대상으로 한 원격의료는 필요 없다고 생각한다”며 “원격의료 목적은 의료접근성이 떨어진 곳에 필요하다”는 입장을 분명히 밝혔다.

또한, 전공의 수련업무 독립기구 설치와 관련하여 “법안(일명 전공의 특별법)이 발의된 것으로 안다. 전공의들의 열악한 조건에서 수련하고 있는 현실을 개선해야 한다는 데 공감한다”며 “의료계 협조와 대화를 통해 풀어나가야 한다”고 말했다.

의협과 한의협의 최대 쟁점인 한의사 현대의료기기 사용에 대해서는 “직역 간 민감한 문제로 의사협회와 한의사협회, 복지부 등이 머리를 맞대고 자율적으로 조정하는 방향으로 가야 한다”며 신중한 입장을 제기했다.

정 신임 장관은 메르스 사태와 관련하여 “현재의 보건의료체계가 신종감염병 위협에 취약하다는 것이 여실히 드러났다. 보건복지부는 발생할 수 있는 미지의 감염병에 대해 능동적으로 대처할 수 있도록 국가 방역체계의 틀을 재정비해야 한다”면서 “투명한 위기대응체계를 만들어 위기 소통 능력을 키우고, 방역 조직과 인력을 강화해 일상 분란한 지휘체계를 만들어야 하며 의료기관의 감염 예방과 국민의 의료이용 문화를 개선해야 한다”고 강조했다.

의협의 정책 나침반 KMA Policy “기초작업 다지는 각오로 중장기 계획으로 임무 완수”



KMA Policy 특별위원회 위원장 | 이 창 |

의협의 ‘정책 나침반’ 역할을 담당해 낼 KMA Policy. 대한의사협회는 AMA Policy를 벤치마킹하여 지난 2014년 1월부터 ‘KMA Policy 태스크포스팀’을 가동하면서 모형 구축 작업에 나섰다.

미국 의사협회의 경우 약 150년 동안 축적된 ‘미국의사협회 정책(AMA Policy)’을 통해 약 5,000 여개에 달하는 이슈에 대한 입장이 체계적으로 정립돼 있다. 미국의사협회는 AMA Policy에 따라 협회의 최종 · 공식적인 정책방향을 결정하고 이를 대내외적으로 선언함으로써 협회 정책 방침에 대한 신뢰성을 확보하고 있는 것이다.

이와 관련하여 대한의사협회는 최근 KMA Policy 특별위원회를 구성, ‘KMA Policy’ 수립을 위한 구체적인 행보를 시작했다.

KMA Policy 특별위원회는 이 창 전 의협 감사를 위원장으로 하여 부위원장에 최재욱 의료정책 연구소장과 이철호 대의원회 부의장(대의원회 운영위원)을 선임하는 등 26명의 위원을 위촉했다.

특위를 이끌 게 된 이 창 신임 위원장은 “KMA Policy는 짧은 기간 안에 할 수 있는 과제가 아니다. 서두르지 않고 기초 작업부터 탄탄히 하겠다”고 강조했다.

“이번 KMA Policy 특위는 준비위원회 성격이 강하다. 지난 4월 열린 정기대의원총회에서 KMA Policy 수립 관련 내용이 담긴 ‘정관 개정안’이 처리되지 못해 다소 엉거주춤한 상태다(KMA Policy 심의위원회 설립 등의 내용이 담긴 정관 개정안이 법 · 정관심의위원회를 통과해 정총 본회의에 안건으로 상정됐지만 의결 정족수가 부족해 처리되지 못했다). 내년 정총에서는 처리 될 수 있을 것으로 생각한다. 이번 특위는 그때 일을 잘 할 수 있도록 제대로 준비하는 작업을 하게 될 것”이라고 이 위원장은 설명했다.

이 위원장은 이어 “KMA Policy는 노환규 전 의협 회장 때부터 준비해 왔던 사안으로 의협 의료 정책연구소가 그동안 관련 연구를 진행해 왔으며, 인적 구성에 대해서도 어느 정도 방안이 나와 있는 것으로 알고 있다. 나 나름대로 생각하고 있는 방향도 있지만 우선 여러 사람들을 만나 의견을 듣겠다”고 했다.

이 위원장은 특히 “KMA Policy는 의협이 앞으로 어떤 것들을 지향해야 할지, 어떤 방향으로 나갈지 등을 수립하는 것이다. KMA Policy 수립과 별도로 집행부는 집행부대로 현안에 대처하는 게 맞다. KMA Policy는 특위가 맡아서 중장기적인 계획을 수립하겠다. 시간을 갖고 적극적으로 논의해야 한다. 서두르지 않고 최소한 2~3년 동안 기초 작업부터 탄탄히 하겠다”고 위원장으로서의 각오를 피력했다.

▶▶ 특집

특집

보건부 독립 및 전문성 강화

독립 및 전문성 강화, 왜 필요한가? : 김춘진, 신상진

선진 외국의 질병관리시스템 어떻게 운영되는가? : 이진한

보건부 독립에 대한 논의 배경과 보건복지부의 운영 현황 : 전병률

MERS 사태에 대한 대국민 인식도 조사·분석 : 서경화

메르스 관련 특집 인터뷰

김 춘 진

국회 보건복지위원회 위원장
(새정치민주연합)



신 상 진

국회 메르스대책특별위원회
위원장(새누리당)



〈편집자 주〉 세계 각국이 인적, 물적 교류가 활발해지면서 국가 방역체계가 국방과 안보 이상으로 중요해지고 있다. 메르스 사태로 촉발된 국가방역체계에 대한 총체적인 문제점과 이에 대한 대안을 국회 보건복지위원회에서 활약하고 있는 두 여야(與野) 의원으로부터 들어봤다. 조직을 재건하고 전문성을 기반으로 한 국가 방역체계를 더욱 더 확실히 하여 제2의 메르스 사태가 재발되지 않도록 만전을 기해야 할 것이다.

[공통질문]

1. 메르스 사태로 인해 정부의 보건의료 행정 전반에 대한 난맥상이 민낯을 드러냈습니다. 이를 해결하기 위해서는 정부조직의 전문성과 독립성을 확보하고 강화해야 한다고 입을 모으고 있는데, 이에 대한 현황과 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?
2. 메르스가 국가적 현안으로 대두되면서 국회에서도 정부의 보건의료 분야에 대한 전문성과 독립성 확보 문제가 화두가 되었습니다. 구체적으로는 현 보건복지부에서 보건부를 독립시키고, 질병관리본부를 청으로 격상시켜야 한다는 주장이 제기되었죠. 이를 위한 구체적인 계획이나 방안을 들어보고 싶습니다.
3. 이밖에 우리나라 보건의료체계를 획기적으로 개선하고 선진화할 수 있는 실질적인 방안이 있다면 소개해주십시오.

김춘진 국회 보건복지위원장

1. 지난 여름, 메르스로 인한 국민의 불안이 극에 달하는 동안, 우리 보건당국은 제대로 된 컨트롤타워 하나 갖추지 못한 채 초등대응에 실패했고, 커져가는 피해규모 앞에 속수무책이었습니다. 메르스 사태를 계기로 국회, 언론 등에서 이미 수차례 지적한 바와 같이, 그 원인은 현재 보건복지부가 지닌 구조적 문제점에 있습니다.

‘보건’과 ‘복지’는 그 업무성격이 상이하고, 각각이 방대한 업무범위를 포괄하고 있습니다. 그러나 두 개 분야의 업무를 하나의 정부부처에서 관장하다보니, 두 업무가 혼재되어 비효율성이 발생하고, 그 결과 전문성 역시 떨어질 수밖에 없는 것입니다.

이에 저는 지난 6월 24일, 현행 보건복지부를 보건위생·방역·의정(醫政)·약정(藥政)에 관한 사무를 소관하는 보건의료부와 생활보호·자활지원·사회보장·아동·노인 및 장애인에 관한 사무를 소관

하는 복지부로 구분하도록 하는 「정부조직법 일부개정법률안」을 발의한 바 있습니다. 향후 보건복지에 대한 국민의 수요가 지속적으로 증가함에 따라, 각 분야의 규모 역시 더욱 방대해질 것으로 예상되는 가운데, 각 분야의 업무를 보다 전문적이고 효율적으로 수행해나가기 위해서는 보건복지부 분리에 대한 논의는 불가피하기 때문입니다. 뿐만 아니라 현재 OECD 34개 국가 중, 덴마크, 독일, 영국, 오스트리아, 이탈리아, 캐나다, 호주 등을 비롯한 22개(64.71%) 국가가 보건의료 전담기관과 복지 전담기관을 분리하여 운영 중에 있습니다.

OECD 국가의 과반수 이상이 복지와 보건医료를 분리하고 있다는 것은 우리에게 많은 시사점을 주고 있습니다. 고령 사회와 의료산업발달로 질병 예방, 건강증진, 질병치료가 점차 중요해지고 있습니다. 그러므로 향후 국가감염병관리체계 과정에서 복지부와 보건의료부의 독립이 신중하고 면밀히 검토되어야 합니다.



“현재 보건복지부는 ‘보건’과 ‘복지’ 두 업무가 혼재되어 전문성 역시 떨어질 수밖에 없습니다. 조직에 권한과 역할을 부여하기 위해서는 법적근거를 마련해야 하는데 아직 질본격상에 대한 법적근거가 없습니다. 보건의료행정을 업그레이드 시키기 위해 우선 의료전달체계에 대한 개편이 제대로 이루어져야 합니다.”

2. 얼마전 정부와 여당이 당정협의를 통해 질병관리본부 개편을 핵심으로 하는 메르스 후속대책인 “국가방역체계 개편방안”을 확정했습니다. 질병관리본부장을 차관급으로 격상하고, 질병관리 본부장에게 인사 및 예산권을 주어 감염병이 발생한 현장에서의 권한을 대폭 확대하겠다는 것입니다.

메르스 사태 내내 문제가 되었던 컨트롤타워를 질병관리 본부로 일원화 하고 권한을 주겠다는 의도인데, 기관장 격상으로 정부가 기대하는 질병관리본부의 전문성과 자율성을 확보가 가능할지 우려스럽습니다. 조직에 권한과 역할을 부여하기 위해서는 법적근거를 마련해야 하는데 아직 질본격상에 대한 법적근거가 없습니다.

빠른 시일내에 정부조직법 개정을 통해 질병관리본부에 조직에 인사·예산 등의 권한을 부여해야 합니다. 그래야 타 부처, 타 기관들의 눈치를 보지 않고 충분한 전문성과 자율성을 발휘하여 메르스와 같은 사태에 적절하게 대응할 수 있을 것이라고 봅니다.

이와 관련하여 보건부와 복지부를 독립시키는 내용의 「정부조직법 일부개정안」(김춘진의원 대

표발의)과 복수차관제 도입을 골자로 하는 「정부조직법 일부개정안」(이명수의원, 박인숙의원 대표발의)등이 관련 상임위에 계류 중 입니다. 향후 소관 상임위에서 정부조직법이 원활히 심의될 수 있도록 노력하겠습니다.

3. 메르스 사태이후 우리나라 보건의료행정을 업그레이드 시키기 위한 여러 가지 방안을 모색할 수 있습니다. 우선 의료전달체계에 대한 개편이 제대로 이루어져야 합니다. DUR시스템을 통하여 이전 진료병원을 확인할 수 있다고는 하지만, 근본적으로 병원쇼핑을 줄여야 합니다. 꼭 필요한 중증환자가 상급병원에서 진료를 받을 수 있어야 하며, 한국형 주치의제도 모형 개발과 도입을 검토해야 합니다.

둘째, 간병 및 병원 면회 문화를 개선할 필요가 있습니다. 이미 일부 병원에서는 면회자 수와 면회 시간을 제한하는 움직임들이 있으며 이는 매우 반갑고 긍정적인 변화입니다.

셋째, 응급실 문화에 대한 개선이 필요합니다. 응급환자가 아님에도 모두 응급실로 향하는 지금

“정부조직법에 의거하여 현 정부 조직을 개편, 궁극적으로는 보건과 복지를 명확히 분리하도록 하고, 미국의 CDC와 같이 전문성과 독립성을 보장하도록 후속조치가 반드시 마련되어야 한다고 생각합니다. 일차적으로 정부조직법을 개정하여 인사 및 예산의 독립성을 보장할 수 있도록 해야 될 것입니다.”



의 문화는 개선되어야 합니다.

마지막으로 간병비용을 보험체계에 포함시켜, 가족이 간병하는 현실을 개선해야 합니다.

한국사회는 메르스라는 큰 홍역을 앓았고 그 과정에서 수조원에 일는 경제손실을 감수해야 했습니다. 제2의 메르스 사태 방지를 위한 보건당국의 국가방역체계 개편과 신종감염질환 대비를 위한 의료계와 국민의 협조가 절실합니다. ■

신상진 국회 메르스대책특별위 위원장

1. 우리는 메르스 사태를 겪으면서 컨트롤타워 부재, 초기대응 실패, 전문성 부족 등 국민들로부터 따끔한 질책을 많이 받았습니다. 값비싼 대가를 치르면서 귀중한 소를 잃었지만 더 이상 가슴 아픈 일을 반복해서는 안 될 것입니다. 외양간을 확실히 고치고 손질해서 국민의 생명과 직결되는 국가 방역체계의 방축을 튼튼히 쌓고 관리할 수 있도록 만전을 기해야 할 것입니다.

보건복지부는 신임 정진엽 장관 취임 이후 지난 9월 1일 질병관리본부가 신종 감염병 발생시

초기 방역단계부터 총지휘에 나서도록 하고 질병관리본부장을 차관급으로 격상하는 내용의 국가방역체계 개편안을 발표했습니다.

메르스 사태 이후 정부가 고심 끝에 내놓은 안으로 볼 수 있는데 향후 예상되는 신종 감염병관리체계를 근본적으로 해결하기 위해서는 부족한 점이 있다고 생각합니다.

국회 메르스대책특별위원회 위원장으로서 전문가그룹인 의료계와 논의하여 마련한 활동보고서에도 명시하였지만 정부조직법에 의거하여 현 정부 조직을 개편, 궁극적으로는 보건과 복지를 명확히 분리하도록 하고, 질병관리본부도 미국의 CDC와 같이 전문성과 독립성을 보장하도록 후속조치가 반드시 마련되어야 한다고 생각합니다. 특히 질병관리본부는 어느 기관의 눈치를 보지 않고 전문성을 바탕으로 감염병 관리 업무에 집중할 수 있도록 권한을 부여해야 한다고 생각합니다. 이러한 뒷마무리 작업이 이루어지지 않는다면 앞으로 예상되는 신종 감염병에 대한 부실관리 문제의 재발은 피하기 어렵다고 생각합니다. 의료계를 비롯하여 정부와 국회가 머리를 맞대고 국민의 건강을

확보할 수 있는 제대로 된 보건의료 행정의 안전망을 갖추 수 있도록 노력하겠습니다.

2. 신종 감염병의 컨트롤 타워를 정립하기 위해서는 정부 내 대응 조직의 역할과 기능을 명확히 해야 합니다. 이를 위해 최우선으로 추진해야 될 것이 보건부 신설이라고 생각합니다. 잘 아시다시피 메르스 발병 초기에 가장 큰 논란이 됐던 컨트롤타워 부재와 유사한 형태의 조직이 6개나 중복적으로 가동되면서 혼선이 야기된 것입니다. 전문성을 기반으로 하여 지휘체계를 명확히 하고 단일화하는 것이 이번 메르스 사태를 겪으면서 깨달은 중요한 교훈으로 꼽을 수 있습니다. 따라서 일차적인 목표는 현 보건복지부에서 보건부를 분리하여 신설하는 것이고 그게 여의치 않으면 최소한 복수차관제를 도입하여 복지 분야에 가려져 제 기능을 못하고 있는 보건 분야를 분리하여 전문성을 발휘하도록 숨통을 틔워 주어야 한다고 생각합니다.

최근에 발표된 정부의 국가 방역체계 개편안이 메르스로 인해 촉발된 제반 문제점을 포괄하며 이를 해결할 수 있는지 냉철하게 되돌아보아야 할 것입니다.

우리가 지향하는 정부 조직 개편은 급한 불 끄는 차원에서 임시방편으로 이루어진 것이 아니라 일차적으로 정부조직법을 개정하여 명실상부한 전문성을 바탕으로 인사 및 예산의 독립성을 보장할 수 있도록 해야 될 것입니다. 19대 국회가 막바지 단계에 와 있는데 국민의 안전과 직결되는 만큼 이 문제가 꼭 마무리 될 수 있기를 희망합니다.

3. 국가에서 의료가 차지하는 비중은 매우 중요하면서 크다고 볼 수 있습니다. 특히, 정부가 미래 신성장 동력 산업으로 꼽고 있는 보건의료산업을 발전시키기 위해서는 국가 보건의료행정이 전문성으로 무장되고 선진화되어야 한다고 생각합니다.

앞으로 예상되는 급속한 고령화에 따른 의료비 증가, 의료기관 및 의료기술 해외 수출 그리고 해외 환자 유입을 위해서도 국가 보건의료 분야의 전문성은 아무리 강조해도 지나치지 않을 것입니다. 전문성 강화를 위해 전문 인력을 정부 조직 내 어떻게 유입하여 전문성을 어떻게 배양해 나가야 할지 모두가 고민하고 실천해 나가는 것이 필요합니다.

국가 차원의 큰 틀에서 의료의 질적인 향상을 위해 ‘저수가 저급여’의 고질적인 불합리한 문제점을 개선하여 메르스 사태로 인해 이슈화가 되었던 의료전달체계 문제도 근본적으로 달라질 수 있도록 실질적인 개선방안이 마련되어야 할 것입니다.

국가방역체계를 튼튼히 할 수 있도록 보건의료 행정을 선진화하는 것과 동시에 국가감염병 관리를 위한 거시적 차원의 중장기계획과 이에 소요되는 기금마련이 필수적이라고 생각합니다.

지속적으로 제기되고 있는 제반 보건의료문제를 근원적으로 해결해 나가야 국민건강을 위한 의료안전망이 정립될 수 있다고 생각합니다. 국가를 지탱하고 건강하게 발전시킬 수 있는 튼튼한 보건의료체계가 만들어지도록 적극 앞장서겠습니다. ■

선진 외국의 질병관리시스템 어떻게 운영되는가?

이 진 한

동아일보 의학전문기자
likeday1@gmail.com



〈편집자 주〉 OECD 34개 회원국 중 우리나라처럼 보건과 복지가 한 부처에 묶여 있는 곳은 7개국에 불과하다. 미국, 영국, 독일, 프랑스의 보건의료 행정조직에는 보건의료전문가들이 상당수 포진해있고 공중보건 위기발생시 주도적으로 일한다. 미국의 질병통제예방센터(CDC)는 ‘세계의 전염병 경찰’로 불리며, 프랑스의 국립보건통제센터(INVS), 일본의 국립감염증연구소 등도 전염병 유행시 탄탄한 조직력을 기반으로 신속한 의사결정과 강력한 초동 대처를 해오고 있다. 독립성과 전문성을 갖춘 외국의 보건의료 행정조직 사례를 살펴본다.

최근 정부가 질병관리본부의 독립 없이 본부장만 차관 급으로 격상시키는 내용의 국가 방역체계 개편 안을 내놓았다. 개편 안 보름 전인 8월 18일 보건복지부는 질병관리본부 독립 여부 등을 논의하기 위해 공청회를 하면서 전문가 추가 의견 수렴 뒤 신중히 판단하겠다고 밝혔다. 그러함에도 불구하고 사실상 이번 개편 안을 보면 충분한 의견수렴 없이 기존 정부안을 고수해 논란이 일기도 했다. 야당도 반대 입장이기 때문에 앞으로 국회 입법 과정에서 진통이 예상되고 있다.

의료계에선 질병관리본부의 독립뿐만 아니라 더 근본적인 처방으로 보건복지부에서 보건부의 독립도 주장하고 있다. 현재 의사 출신의 장관을 뽑는 정도의 민심 달래기로는 근본적인 처방이 아니라는 것이다. 이에 외국의 경우 질병관리본부 시스템은 어떻게 운영되고 있는지 또 우리나라 보건부 독립의 근거와 필요성에 대해 자세히 알아봤다.

외국의 질병통제예방센터는

신종 바이러스 발생이 미국에서 생겼을 경우 미국 질병통제예방센터(CDC)는 어떤 대처를 할까? 실제로 이곳 센터장의 행보엔 거침이 없다. 즉 늦장 대응으로 국민을 위협에 빠뜨리는 것보다

“미국 질병통제예방센터(CDC) 늦장 대응으로 국민을 위협에 빠뜨리는 것보다는 ‘과잉 대응’이 더 유리하다고 판단되면 국방부에 군 병력 투입을 직접 요청할 수도 있을 만큼 파위가 세다.”

는 ‘과잉 대응’이 더 유리하다고 판단되면 국방부에 군 병력 투입을 직접 요청할 수도 있을 만큼 파위가 세다.

바이러스가 발생한 곳에 군사작전에 버금갈 정도로 신속하게 역학조사관을 투입한다. 이때부터 모든 바이러스와 환자 정보는 미국 조지아 주 애틀랜타에 위치한 CDC 상황실로 모인다. 국방부 재무부 환경부 연방재난청 등 정부 각 부처는 협력 인원을 즉시 파견한다. 센터장은 전권을 가지고 방역작전을 진두지휘한다. 9·11테러 당시 뉴욕지역 소방대장이 작전의 컨트롤타워 역할을 한 것과 같다.

감염병 위기 단계를 격상하거나 군대 파견 및 지역 통제 여부를 판단하는 것도 센터장이 결정한다. 센터장이 대통령 또는 보건장관에게 보고하기 위해 상황실을 떠나는 경우는 거의 없다. 국방장관이 펜타곤에서 전쟁을 지휘하듯 말이다. 상부 보고는 대개 ‘선(先)조치 후(後)보고’로 이뤄지고, 그것도 대면보고가 아니라 서면보고가 대부분이다. ‘특수 영역은 전문가에게 맡긴다’는 미국 사회의 인식이 고스란히 시스템에 녹아 있다. 국민들에게 정확한 상황을 알리기 위해 수차례 언론 브리핑에 나서는 것도 센터장이 나선다.

미국 CDC는 2013년 7월부터 메르스가 미국에 상륙할 것에 대비해 의심환자를 처리하는 절차와 점검 사항을 매뉴얼로 만들어 미국 각지의 병원에 보냈다. 이 매뉴얼은 미국에서 메르스 환자가 발생했던 지난해 5월 위력을 발휘했다.

첫 메르스 의심환자가 들렀던 인디애나 주 먼스터의 한 지방 병원은 응급실이 아닌 격리 진료실에서 초동 진료를 하는 등 매뉴얼대로 처리했다. 확진 판정이 나온 즉시 의료진 50여 명도 격

리됐다. 그 결과 2차 감염자가 나오지 않았다.

이처럼 기민한 병원의 대응은 CDC의 신속대응팀이 선도했다. CDC의 신속대응팀은 전염병 대책 본부를 주축으로 유관 조직들을 동원하는 태스크 포스(TF)다. CDC는 전염병 대책본부를 포함해 보건위생본부, 비전염성 질병 대책본부, 보건대책 지원본부 등 크게 4개의 본부로 구성되어 있다. 4개 본부는 토머스 프리든 CDC 소장이 직접 지휘한다.

미국이 에볼라에 이어 메르스를 조기에 수습하기까지 CDC 인력은 중추 역할을 해왔다. 1946년 말라리아를 퇴치하기 위해 처음 설립된 CDC는 세계보건기구(WHO)보다도 2년 먼저 설립됐다. 세계 최초의 대규모 전염병 퇴치 기구인 셈이다. 계약직까지 합쳐 1만5000여 명이 근무하는 CDC에서 3000명은 각 분야의 전문성을 검증받은 의사 출신이다. 이들은 미국을 넘어 세계의 전염병 경찰로 활동하고 있다.

미국에서 전염병 환자가 발생하면 CDC는 24시간 안에 역학조사팀을 파견한다. 역학조사팀은 다른 나라에도 나간다. 메르스, 조류인플루엔자, 에볼라 같은 새로운 질병이 발생하는 곳이면 당사국의 요청을 받아 24시간 내에 역학조사관을 보낸다. 세계 어디든 갈 수 있게 대기하고 있는 역학조사팀의 인력만 300명이 넘는다. 2004년 사스가 발병했을 때도 CDC는 사스를 정확히 진단할 수 있는 진단법을 완성해 세계의 병원에 배포하기도 했다.

CDC는 전염병이 돌지 않는 평상시에도 24시간 가동하는 비상센터를 운영하고 있다. 이 센터는 메르스 의심환자를 진료하는 병원들로부터 비상 연락을 받는다. 또 메르스 같은 전염병 의심환자

“CDC에 미국은 질병 컨트롤타워의 임무를 계속 맡겨왔다.

CDC가 컨트롤타워가 되면서 미국은 에볼라 사태 발발 후 43일 만에 에볼라 사태 종료를 선언했다.”

의 경우 CDC가 마련한 ‘감염 기준표’를 참고해 감염 여부를 판단해 달라는 당부를 수시로 병원에 전파한다. 한국의 메르스 사태와 관련해 CDC는 인터넷 홈페이지를 중심으로 각종 방역 대책과 매우 구체적인 대응 프로그램 및 매뉴얼을 공개하며 주의를 당부하고 있다.

이 같은 활동에는 보건 기구로는 천문학적인 예산이 투입된다. 올해 CDC 예산은 66억700만 달러(약 7조3300억 원)다. CDC 산하 기구인 독성물질·질병등록(ATSDR) 프로그램까지 합치면 전체 예산은 113억 달러(약 12조5000억 원) 선이다. 이는 WHO의 연간 예산(40억 달러)의 3배에 가깝다.

예산은 펀드 형식으로 모으기도 한다. 올해 예산 중 ‘질병예방 공중보건 펀드’로 8억1000만 달러를, ‘공중보건 서비스 평가 펀드’로 3억9700만 달러를 조성했다.

이런 예산을 쓰는 CDC에 미국은 질병 컨트롤타워의 임무를 계속 맡겨왔다. CDC가 컨트롤타워가 되면서 미국은 에볼라 사태 발발 후 43일 만에 에볼라 사태 종료를 선언했다. 에볼라 감염 환자 11명 중 2명이 사망했지만 9명은 병원에서 치료를 받고 살아 나갈 수 있었다.

세계 주요국은 새로운 전염병 창궐에 대비해 CDC를 벤치마킹한 조직을 창설해왔다. 중국의 경우 2002년 CDC를 본떠 중국질병통제센터(CCDC)

를 만들었다. CCDC에는 현재 4000여 명의 인력이 근무하고 있다. CDC는 2004년 CCDC와 공동으로 에이즈 발병률이 높은 허난, 안후이, 헤이룽장 성 등 중국 10개 지방에서 에이즈 감시와 환자 치료 프로젝트를 진행하기도 했다.

신속 소통, 결정을 모토로 삼는 국립보건통제센터(INvS)

프랑스는 1998년 광우병 위기 이후에 INvS를 창설했다. 메르스, 광우병, 에볼라, 식품 오염, 열대성 질병에 대한 정보를 내리고 비상사태에 질병을 통제하며 바이러스를 추적하는 역할을 하는 정부기관이다.

INvS의 상황실은 공무원이 아닌 전문 의료진이 모든 통제의 책임을 진다. 또한 전국 각지의 병원 의사들 및 감염 전문가들과 신속히 정보 교류를 하며, 응급구조대(SAMU)에서 올라오는 각종 정보도 즉각 전달된다.

상황실 근무자가 메르스 의심사례에 대한 신고를 접수하면 상황실의 전문가들은 짧은 토론을 거쳐 격리조치 같은 즉각적인 결정을 내린다. INvS는 지역의 감염예방 전문가 및 현장 의사들과 끊임없이 정보를 교환하고 있다.

**“프랑스는 1998년
광우병 위기 이후에 INvS를 창설했다.
INvS의 상황실은 공무원이 아닌
전문 의료진이 모든 통제의 책임을 진다.
또한 전국의 병원 의사들 및 감염
전문가들과 신속히 정보 교류를 한다.”**

프랑스에서는 2013년 5월에 첫 메르스 환자가 사망하는 사건이 발생했다. 아랍에미리트(UAE) 두바이에서 체류하다가 귀국한 65세의 환자가 북부 도시 릴의 한 병원에 입원해 치료를 받던 도중 한 달 만에 숨졌다. 확진 판정을 받기 전에 병실을 같이 썼던 다른 50대 환자도 감염됐다.

INvS는 즉시 확진환자를 격리하고, 이 병원에서 접촉했던 모든 사람을 추적했다. 이후 같은 해 10월까지 메르스 의심환자들을 추적하고 바이러스와의 전쟁을 벌여 결국 확진환자는 2명에 그쳤다.

첫 메르스 확진환자가 발생하자마자 INvS에는 위기대처 상황실이 설치됐다. 24시간 가동되는 상황실에는 모든 포스트에 팀원을 2배로 늘렸다. 또한 수십 명의 감염 질병 관련 전문가가 소집돼 컴퓨터와 전화기를 앞에 두고 새로운 발생경로를 최대한 빨리 찾아내기 위한 합동 작전을 벌였다. 당시 소집된 전문가들에는 호흡기 감염뿐만 아니라 열대성 질병, 광우병 등을 연구해온 다양한 전문가들도 포함됐다. 전국적 비상상황이었기 때문이다.

프랑스 일간 르피가로는 당시 상황실의 현장을 생생하게 소개하는 기사를 실었다. INvS의 감염 예방 책임자 브뤼노 쿠아냐르 박사는 당시 “상황실에서 전문가들이 의심 사례 분류에 대한 정보를 충분히 교환하고 의사 결정은 빠르게 한다”고 말했다. 우리가 초기 대응에 실패한 중요한 원인 중에 하나가 병원 정보 공개였는데 프랑스에서는 모든 정보를 투명하게 공개를 했다. 심지어 당시 상황실 근무자들은 “열나는 아이를 집에서 돌봐도 되느냐”는 등 사소한 질문에도 응답했다.

대책 수립 기관인 일본의 국립감염증연구소

일본에서 메르스 같은 질병이 발생하면 후생노동성이 국립감염증연구소와 함께 전면에 나선다. 후생노동성 산하 연구소인 국립감염증연구소는 1947년 설립된 국립예방위생연구소를 전신으로 하며 직원은 300명 가량이다.

이 연구소는 결핵 장티푸스 일본뇌염 인플루엔자 등 각종 감염증 질환을 연구하고 항생제와 백신을 개발하고 관리하는 곳이다. 또 해당 질병이 일본 내에 들어오는지를 감시하고 후생노동성과 함께 예방 대책을 수립하기도 한다.

메르스의 경우에도 연구소는 약 2년 전부터 감염 사례를 분석해 어느 정도 위험하고 어떻게 대응해야 하는지 10여 차례에 걸쳐 자료를 공개하고 수정해왔다. 또 WHO와 같은 외국의 질병 정보를 제공하고 지방 위생연구소 등이 정보를 찾아볼 수 있도록 도와준다.

메르스 사태에서도 연구소는 중심적인 역할을 하고 있다. 후생노동성에서 발표한 메르스 대책에 따르면 의심환자 사례가 지역 보건소에 접수될 경우 즉시 지정 의료기관에 옮기고 채취한 검체를 지방 위생연구소에 보내도록 했다. 검체는 이후 국립감염증연구소 바이러스 제3부로 옮겨지고 연구소는 양성 여부를 후생노동성에 보고해야 한다.

국립감염증연구소는 전염병 정보를 수집해 위험도를 평가하고 대책을 수립하는 역할을 주로 한다. 또 메르스의 경우 국민들에게 어떤 상태이며 한국 여행을 해도 되는지 등의 정보를 이곳에서 담당하고 있다.

“질병관리본부를 복지부로부터 청으로 독립하고 인사와 예산권을 가져야 한다는 의견들이 계속해서 나왔던 것이다. 그리고 더 근본적인 것은 현재 보건복지부가 복지와 보건의 분리가 돼야 한다.”

전문성 강화를 위한 보건부 분리 운영 필요

지난 6월 메르스 사태 때다. 첫 메르스 환자 이후 양병국 질병관리본부장은 몇 번 얼굴을 언론과 방송국에 내비치다가 네번째 브리핑에선 거의 나타나지 않았다. 즉 양 본부장은 메르스 사태의 초기 대응 실패의 책임을 물어 대책본부장에서 해임되고 결국 보건복지부가 지휘권을 가져가면서 다음날부터 복지부 권준욱 공공보건정책관이 나서서 브리핑을 했다.

그러나 삼성서울병원의 메르스 사태가 전국 확산으로 번지면서 복지부는 더 큰 실패를 맛보았다. 이러한 현상이 생긴 근본 원인은 무엇일까? 많은 전문가들은 복지 중심의 정책을 펴 왔던 보건복지부의 근본적인 원인이 있다고 판단하고 있다. 실제로 올해 보건복지부 예산을 살펴봐도 그렇다. 올해 예산 53조 4725억원 중 43조 4491억원이 복지 예산이고 나머지 10조 234억원(18.7%)가 보건의료이다. 그러나 건강보험 지출액을 뺀 순수 보건의료 예산은 2조 2793억원(4%)에 불과하다.

여기서 순수 보건의료는 1.7%에 불과하다. 더구나 복지부 공무원 740명 중 보건 분야는 231명으로 그중 의사 출신은 18명이다. 메르스 주무 과장인

질병정책과장과 정신보건과장 등 의사가 가야할 자리를 행정고시 출신 공무원들이 대신하고 있다. 또 질병관리본부의 경우는 어떤가. 인사 예산 정책결정 등의 권한을 갖고 있지 않다. 의사는 22명으로 전체의 2.36%에 불과하다. 미국의 질병통제 예방센터의 경우는 6.7~10%에 이른다. 특히 질병관리본부 산하 질병예방센터장 등 주요 간부 자리는 복지부에서 내려온 낙하산으로 채우질 때가 많다.

이는 전문가들에게 권한을 주지 않는 시스템이 문제라는 지적이다. 대부분의 의사 결정이 전문가에서 나오지 않고 청와대와 복지부 관료 집단에서 나왔다고 볼 수 있다.

당시 많은 언론에서 지적됐지만 현장에 있어야 될 질병관리본부장은 복지부 장관과 총리실 보고와 승인 때문에 현장에서 지휘를 제대로 하지 못했다. 이 때문에 질병관리본부를 복지부로부터 청으로 독립하고 인사와 예산권을 가져야 한다는 의견들이 계속해서 나왔던 것이다.

그리고 더 근본적인 것은 현재 보건복지부가 복지와 보건의 분리가 돼야 한다는 이야기가 나오는 대목이다. 경제협력개발기구 34 회원국 중에 한국처럼 보건과 복지가 한 부처로 되어 있는 나라는 일본 프랑스 등 7개국에 불과하다. 전문가들은 보건복지부에서 보건을 독립시키고 질병관리본부가 의사들을 비롯한 전문가 중심으로 돌아가게 해야 한다고 주장한다. 심지어 스웨덴이나 호주처럼 가족과 출산 등을 복지에서 떼어내고 사회보험을 별도 기구로 분리하자는 의견도 나온다.

스웨덴이라는 나라를 더 자세히 보면 이 나라는 보건복지부 분야에 세 명의 장관이 있다. 즉 사회보장, 공공보건, 아동노인여성복지로 나누고

있고 해당 부처에 한명씩의 장관이 있다. 신종 전염병 유입 등의 보건 위기에 대응하는 시스템도 우리와 다르다 보건복지부 산하조직이지만 독립적으로 운영되는 공공보건원이 위험 상황 발생 시에 컨트롤 타워 역할을 한다.

메르스 사태 때 우리나라처럼 별도의 대책본부를 만들고 총리나 장관이 총책임자 자리에 앉지 않는다. 메르스 사태는 한국 보건 시스템의 후진성을 그대로 드러낸 셈이다. 당시 박근혜 대통령은 “전문가를 중심으로 즉각대응팀을 만들어 전권을 부여하겠다”고 했지만, 이미 때는 늦었다. 보건복지부 산하 중앙메르스대책본부, 청와대 내 메르스긴급대책반, 국민안전처 산하 범정부메르스대책지원본부 등 이미 행정관료 중심의 태스크포스(TF)가 양산돼 전문가가 컨트롤타워 역할을 할 수 없는 환경이 조성됐기 때문이다.

철저한 분업과 집중이 이뤄지는 스웨덴식 시스템. 이뿐만 아니다 보건복지와 관련해서 지방정부에 부여된 권한도 크다.

스웨덴의 병원은 100% 공공병원이고 지방정부가 지휘권을 갖고 있다. 보건 위기 상황에서는 공공보건원의 원장이 모든 결정권을 쥐고 업무를 배분한다. 공공보건 장관의 역할은 지방정부와의 협력을 통해 그를 지원해주는 정도다.

한국처럼 장관이 노란 점퍼를 입고 현장에 가서 지시하는 모습은 볼 수 없다. 위험상황발생 시에 공공보건원장이 각료회의에 참석해 상황과 대처 계획 등을 보고하지만 총리로부터 지시를 받지는 않는다. 공공보건원장은 질병통제에 특화된 의학전문가이며 철저히 전문성을 존중하기 때문에 정치적 이유에 따라 인물이 지명되는 일은 찾아볼 수 없다.

보건부 독립에 대한 논의 배경과 보건복지부의 운영 현황

전 병 루

차의과대학 의학전문대학원 예방의학교실 교수/차병원그룹 대외협력 본부장
drmdjun@hanmail.net



〈편집자 주〉 의료계가 지난 20년간 꾸준히 보건부 독립을 외쳐왔지만 정부조직을 바꾸는 일이 쉽지 않았다. 위기는 곧 기회. 어찌보면 메르스라는 동력을 얻어 보건부 독립이 초미의 관심사가 되었고, 국회 법안 발의를 포함해 사회적 공감대가 무르익게 된 것. 제2의 메르스를 막기 위해 보건과 복지를 분리 운영하고, 부실하기 짝이 없는 국가보건의료체계를 쇄신하기 위한 구체방안 설계에 서둘러 나서야 할 때다. 의료계에서 충분한 아이디어를 제공해줄 수 있을 것이다.

1. 논의배경 및 운영현황

가. 배경

현대사회의 질병양상은 과거의 전염병 시대에 서 벗어나 만성질환으로 전환되어 가면서 기존에 경험하지 못한 위협에 처하게 되었다. 2000년대 초에 유행했던 중증급성호흡기증후군(Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS), 조류인플루엔자 인체 감염증(Avian Influenza Human Infection), 신종인플루엔자 대유행(H1N1 Pandemic) 등과 같은 신종 감염병 뿐 아니라, 에이즈, 다제내성 결핵, 생물테러 감염 등의 문제가 새롭게 야기되고 있다.

유사한 질병 발생 시, 범국가적으로 효과적이며 신속하게 대응하고자 전 세계적으로 공동 대처 등의 노력에 최선을 다하고 있다. 얼마 전 아시아 태평양지역 국제의원연맹포럼을 개최하여 관련 정보를 공유를 위해 노력하는 등 이처럼 체계적인 감염병 관리 거버넌스(Governance)와 법령체계를 갖추는 데에 힘쓰고 있다.

한편, 지난 2015년 5월 20일 중동호흡기증후군(Middle East Respiratory Syndrome, MERS) 첫 환자 발생으로 인해 전국적으로 큰 혼란이 야기되었다. 지난 7월 28일 정부는 사실상 메르스 종식 선언을 하였지만, 현재(8월 25일)까지도 10명의 환자가 치료 중에 있다. 최종적으로 퇴원 환자 수 140명, 격리 해제 수 16,693명, 확진 환자 수 186명, 사망자수 36명으로 집계되었으며 첫

환자로부터 30명에게 감염이 되어 이후 확진 환자가 추가적으로 발생하였고, 계속해서 확진 환자가 급증하는 추세를 보였다. 이는 첫 환자 발생 시 보건당국이 관련 의료기관, 접촉자, 의심자 등에 대한 격리 조치가 누락되어 상황이 더욱 악화 된 것으로 추정하고 있다.

이처럼 초기 대응 미숙으로 정부당국에 대한 국민들의 원성이 높아지면서 이를 계기로 우리나라 감염병 관리 체계 및 보건 분야의 조직체계에 대한 재조명의 필요성이 대두되고 있으며, 조직 개편방안에 대해서도 다양한 의견이 표출되고 있는 실정이다.

나. 우리나라 보건복지부 현황 및 설립 역사

1) 현황¹⁾²⁾

현 보건복지부는 우리나라의 중앙보건행정조직으로 4실 5국 12정책관을 구성하여 보건위생·방역·의정·약정·보건산업·기초생활보장·자활지원, 사회보장 및 사회서비스 정책, 인구·출산·보육·아동·노인 및 장애인에 관한 사무 등 보건과 복지를 총망라한 국가의 보건 및 복지관련 업무를 전체적으로 관장하고 있다.

다만 현재 진행하는 정책 및 업무의 방향이 복지를 중점을 두고 시행됨에 따라 보건복지부의 중심이 보건에서 복지로 이전되고 인력과 예산이 복지 분야로 편중되고 있다.

인적구성 및 예산 편성의 변화를 보면 복지 분야 공무원의 현재 총 425명으로 2002년 91명에서

1) 보건복지부와 그 소속기관 직제. 법률 제26530호.

2) 박은철. 국가질병관리 역량강화를 위한 중앙정부 조직개편. 대한의사협회지. 2015.

2003년 332명으로 증가하였으며 보건복지부 예산이 2007년 19조에서 2015년 53.5조로 증가하면서 전체 예산 중 복지예산이 차지하는 비율이 54.2%에서 72.8%로 증가하였다. 이는 역대 정부의 정책방향 및 장관의 전문분야 또는 성향에 따라 보건 또는 복지로의 정책 및 인력, 예산의 방향이 좌지우지 되는 것을 단적으로 보여준다.

2) 보건복지부의 설립 및 통합 연혁³⁾⁴⁾

보건복지부는 1945년 미 군정청에서 설치한 위생국이 우리나라 현대적 보건행정 수행 체계를 모태로 하여 1948년 보건·후생·노동·주택 및 부녀문제 관한 사무를 관장 위해 사회부가 신설되었다. 이로부터 1년 후인 1949년 사회부에서 보건업무가 분리되어 국민보건·위생·의정·방역 및 약정에 관한 사항을 분장하는 보건부를 신설하였으나 1955년 다시 보건부와 사회부를 통합하여

“ 사회적 합의나 업무의 연관성이 아닌 장관의 숫자를 줄일 필요성이 있기 때문에 보건부와 사회부를 통합한다는 정치적 논리만 내세우고 있다. ”

보건사회부를 설립하였다. 그러나 이 시기 각 주요일간지의 정부조직법 개편에 관한 대정부 질의 내용을 살펴보면 보건부와 사회부의 통합이 사회적 합의나 업무의 연관성이 아닌 총리제를 없애고 대통령이 직접 행정 각 부처를 관장하기 위하여 장관의 숫자를 줄일 필요성이 있기 때문에 보건부와 사회부를 통합한다는 정치적 논리만 내세우고 있다.⁵⁾

이후 1994년 보건사회부가 보건복지부로 개편되면서 보건위생·방역·의정·약정·생활보호·자활지원·여성복지·아동(영유아보육제외)·노인·장애인 및 사회보장에 관한 사무를 관장하게 되었다. 또

표 1. 보건복지부의 명칭변경과 주요 업무 변화

명칭변경(존속연도)	주요 업무
사회부(1948~1955)	보건·후생·노동·주택 및 부녀문제에 관한 사무를 관장
보건부(1949~1955)	국민보건·위생·의정·방역 및 약정에 관한 사항을 분장
보건사회부(1955~1994)	의무·방역·보건·위생·약무·구호·원호·후생·주택·부녀문제 및 노동에 관한 사무를 관장
보건복지부(1994~2008)	보건위생·방역·의정·약정·생활보호·자활지원·여성복지·아동(영유아보육제외)·노인·장애인 및 사회보장에 관한 사무를 관장
보건복지가족부(2008~2010)	보건위생·방역·의정·약정·생활보호·자활지원 및 사회보장·아동(영유아보육포함)·청소년·노인·장애인 및 가족에 관한 사무를 관장
보건복지부(2010~현재)	보건복지가족부의 청소년·가족 기능을 여성부로 이관하고 보건복지정책 중심으로 사무를 관장

3) 전국대학보건관리학교육협의회, 보건교육사를 위한 보건학, 한미의학, 2판, 104-108.

4) 대한예방의학회, 예방의학과 공중보건학, 계축문화사, 2판.

5) 경향신문, “민의원 야당수정안 곧 제출”, 1995. 01. 12.

한 2008년에는 보건복지부와 국가청소년위원회, 여성가족부, 기획예산처의 양극화된 민생 대책 업무를 통합해 정부기능을 효율적으로 재배치하고 미래에 대한 전략기획 기능을 확보, 민간과 지방의 체계 강화 및 유연하면서도 창의적인 시스템 구축을 위한다는 명목하에 보건복지부를 보건복지가족부로 개편하였으나 2010년 다시 보건복지가족부가 보건복지부로 다시 재개편하여 청소년·가족 기능을 여성부로 이관하고 보건복지가족부의 기능을 기존의 보건복지 정책 중심으로 개편하여 보건복지부와 그 소속기관의 조직과 직무범위 및 정원 등 인력과 기능을 조정하였다(표 1 참조).

3) 질병관리본부의 설립과 메르스 사태

현재 감염병의 초기 방역 및 확산 방지 등의 업무를 관장하고 있는 질병관리본부는 지난 2003년 ‘2003 사스평가보고회’ 등 각 계 각층의 요구와 정부의 감염병 발생 시 초기 대응 및 확산 방지의 의지를 나타내기 위해 2004년 설립되었다. 지난 2003년 사스의 발생과 대응을 통해 임기응변식의

대응만으로는 한계가 있고 신종 감염병에 대한 국가방역체계의 정비와 개선이 필요하다는 논의를 통해 미국의 CDC, NIH 등의 사례 연구를 통해 2004년 현재의 질병관리본부를 신설하였다. 질병관리본부는 보건복지부장관의 소관 사무를 분장하여 감염병 등에 관한 방역·조사·검역·시험·연구업무 등을 관장하고 있으며 질병관리본부 산하 감염병관리센터(고위공무원단에 속하는 일반직공무원이 센터장을 맡아 관련 업무를 진행)와 보건복지부 내 보건의료정책실과의 업무 협력을 통해 감염 질환 관련 정책에 관한 사항을 분장하고 있다.⁶⁾ 또한 지난 2009년 신종플루를 통해 신종 감염병 대응에 대한 목표 수립 및 인력과 예산도 대폭 증가하였다.

그러나 2015년 메르스 사태를 통해 국내 최고 의료기관 중 한 곳이 허술한 방역대책의 문제를 지적받았으며 지난 2003년과 2009년의 방역대응을 통해 의료선진국이자 방역선진국이라는 국가적 위상이 불과 단 몇 개월 사이에 방역후진국이라는 오명을 받게 되었다. 이에 따라 앞으로 발생할 제2의 메르스 사태를 미연에 방지하게 위해 병원의 감염대책 마련과 의료체계의 보완, 중앙정부의 조직 개편 등이 화두로 떠오르게 되었다.

**“불과 단 몇 개월 사이에
방역후진국이라는 오명을 받게 되었다.
앞으로 발생할 제2의 메르스 사태를
미연에 방지하게 위해 병원의 감염대책
마련과 의료체계의 보완, 중앙정부의 조직
개편 등이 화두로 떠오르게 되었다.”**

2. 메르스 사태를 통해 나타난 각계의 주장

가. 다른 나라의 보건부 설립 형태와 보건부 독립에 대한 각계의 주장

6) 보건복지부와 그 소속기관 직제. 법률 제26530호.

표 2. 각 국가별 보건부 설립형태 |

보건부 형태	국가	
	수(%)	이름
보건	21 (61.8%)	Australia, Austria, Canada, Chile, Czech Republic, Germany, Ireland, Israel, Italy, Luxemburg, Mexico, New Zealand, Poland, Portugal, Slovak Republic, Slovenia, Turkey, United Kingdom, Denmark, Greece, Norway
보건 · 복지	11 (32.4%)	Belgium, Finland, France, Hungary, Iceland, Korea, Netherlands, Spain, Sweden, Switzerland, United States of America
보건 · 노동	1(2.9%)	Estonia
보건 · 노동 · 복지	1(2.9%)	Japan
총	34(100.0%)	

출처: 박은철. 국가질병관리 역량강화를 위한 중앙정부 조직개편. 대한의사협회지. 2015.

1) 다른 나라의 보건부 설립 형태⁷⁾

각 국가별로 보건부의 설립형태를 찾아보면 보건부가 별도로 조직되어 있는 국가가 21개, 보건과 복지 업무를 통합하여 관장하고 있는 국가는 11개, 보건과 노동 또는 보건과 노동 및 복지를 모두 통합하고 있는 국가가 에스토니아와 일본으로 일부 나타나 있다(표 2. 참조).

주요 국가별 사항을 자세히 살펴보면 미국의 경우 미국은 Department of Health and Human Services (이하 HHS)를 중심으로 보건의료행정조직이 운영되고 있다. 따라서 겉으로 보기에 보건과 복지를 모두 같은 조직 내에서 관장하고 있는 것처럼 보이지만 HHS 내에 Public Health Service Commissioned Corps (Commissioned Corps)라는 공공보건의료 인력관리조직이 별도로 존재한다는 점이다. 보건의료전문가들로 구성된

이 조직은 HHS뿐만 아니라 국방부, 국토안보부 등 타 정부부처에 분산되어 있는 보건의료 인력들을 관리하고, 이들을 연계하여 공공보건 업무를 수행하는데 적극 활용하고 있다. 그리고 영국은 지방자치제도를 적절히 운영하여 중앙집권 (centralization) 및 지방분권 (decentralization)의 적절한 완급조절을 통해 보건정책 수립 및 보건 분야 전반에 대한 책임은 중앙정부 (Department of Health, 이하 DH) 수준에서 결정되지만, 자금운영에서부터 서비스제공 및 규제에 이르는 정책 집행 관련 부문은 조직적인 분권화를 통해 관리되고 있다. 독일은 주 (Lander) 차원의 자치권이 부여됨에 따라 의사결정권한은 연방정부와 주정부로 나뉘어져 있는 것이 특징이다. 따라서 최종적인 보건의료에 대한 책임은 주정부에서 맡고 있다. 즉 각 국가별로 개별적인 특징에 따라

7) 박은철. 국가질병관리 역량강화를 위한 중앙정부 조직개편. 대한의사협회지. 2015.

8) 윤석준, 서혜영. OECD 국가의 보건의료행정조직의 조직현황과 의사의 참여방식에 관한 연구. 대한의사협회 의료정책연구소. 2013.

보건과 복지 또는 노동과 관련한 업무를 함께 관장하는 부처가 존재하지만 지방자치제도를 통한 분권화 또는 통합부처 내 개별적 독립 조직을 통해 보건의료와 관련된 사항을 별도로 운영하고 있음을 알 수 있다.

2) 메르스 사태를 통한 보건부 독립 주장⁹⁾¹⁰⁾

최근의 메르스 사태를 통해 정부의 초기 대응 미숙에 따른 국가적 공중보건 위기상황 발생과 이를 해결하는 과정에서의 국민적 불신 팽배로 대부분 보건복지부의 조직 개편이 필요하다고 판단하고 있으며 특히 보건의료와 사회복지의 업무 성격이 다르며 전문성이 요구되는 분야, 부처 규모나 예산으로만 봐도 개편되는 것이 타당하다는 의견이 매우 많았다. 국회에서 여당 일부 의원들은 보건부를 독립하거나 복지부에 복지전담 차관과 보건의료전담 차관을 마련해야 한다고 언급하고 있으며 야당은 이에 대하여 복수차관제 도입에 긍정적인 반응을 나타내고 있다. 특히 보건영역의 특징으로 감염병 업무 뿐 아니라 보건의료체계 전반에 대한 관리와 역할 증가, 임신과 출산부터 사망에 까지 이르는 광범위한 업무 영역, 타 부처와의

고도의 정책 조정 기능을 수행해야하는 등의 높은 업무 난이도, 타 부처에 비해 재정규모가 빠르게 증가하고 있으며 산업적 측면에서 보건의료영역이 차세대 블루오션으로 급상승하는 추세임에 따라 보건부의 독립 또는 조직개편에 대한 논의가 지속적으로 확산되고 있다.

지속적으로 논의되고 있는 조직개편 방안은 보건복지부를 보건부와 복지부로 분리하거나 보건복지부 내 보건 담당 복수차관제 도입, 질병관리본부를 독립적인 질병관리청으로 격상하는 등의 의견으로 표출되고 있다.

보건부와 복지부의 분리는 주장하는 입장에서는 보건복지부의 조직 특성에 따라 보건의료 분야와 사회복지 분야의 업무 성격이 달라 별도의 역할과 전문성이 요구되며 업무분야의 방대하기 때문에 지속가능한 보건의료체계 구축과 중요정책 결정 병목현상 방지를 위해 보건부의 분리가 필요하다는데 여당과 야당, 시민단체 등이 한 목소리를 내고 있다. 이를 위해서는 정부 각 부처에 흩어져 있는 보건 관련 업무가 통합 조정되어야 할 것이다. 예를 들면 각 지자체의 보건소 업무, 환경부의 환경보건업무, 고용노동부의 산업보건업무, 교육부의 학교보건업무 등이 대상이 되어야 한다.

복수차관제 도입을 주장하는 쪽은 역할과 전문성이 다름에도 불구하고 1명의 차관만 두고 있어 업무의 효율성이 떨어질 뿐 아니라 예산과 인원의 규모를 다른 부처와 비교했을 경우 최소한 보건복지부내에 2명의 차관을 두는 것이 타당하다는 의

“각 국가별로 개별적인 특징에 따라 지방자치제도를 통한 분권화 또는 통합부처 내 개별적 독립 조직을 통해 보건의료와 관련된 사항을 별도로 운영하고 있음을 알 수 있다.”

9) 한국사회복지협의회, 복지저널, 제83호, 2015.07.

10) 의사신문, “질병관리본부 승격엔 ‘관심’...보건부 독립은 ‘외면’”, 2015.08.24.

견이 있다. 또한 새정치민주연합의 최동익 의원은 ‘사회부총리제’를 도입하고 이를 보건복지부 장관이 겸임해서 보건복지부 내에 2명 차관을 임명하도록 하여 국민의 복지수요에 부응하고 복지국가를 실현하는 방향으로 해야 한다는 주장도 하고 있다.

이와 더불어 질병관리본부의 격상을 통해 전국 단위의 급성 감염병의 통제와 관리를 위해 질병관리본부를 청 단위 조직으로 격상하고 조직 내외의 통제 및 조정력의 우선적 확보가 필요하다는 의견도 있다.

나. 정부의 메르스 후속 대책의 내용과 각계의 반응

정부는 지난 9월 1일 국가방역체계 개선방안 발표에서 ① 신종 감염병 국내 유입 차단을 위한 감시체계 구축, 출입국 검역강화, 격리·검사시설 확충 ② 초기 즉각 현장 대응을 위한 24시간 감염관리 긴급 상황실 운영, 우수한 역학조사관 확충 및 양성 ③ 유행 확산시, 보건의료자원 총력지원 ④ 신종 감염병 거버넌스 개편 추진(질병관리본부 위상 제고 및 전문성 강화, 질병관리본부장 차관급 격상) ⑤ 병원감염 방지 의료환경 개선(응급실 내 감염관리 강화, 포괄간호서비스 확대, 병원 내 감염 전문인력 확충 및 예방 강화) ⑥ 의료전달체계 강화(진료의뢰 수가 신설) 등을 추진하겠다고 밝힌 바 있다.¹¹⁾ 이에 각계에서는 정부의 대책에 대하여 여러 의견들을 내놓았는데 주로 현재 발표

“대한의사협회의 경우 보도자료를 통해 실질적인 감염병 대응 강화를 위해서는 무엇보다도 재정 확충이 우선인데, 정부안에는 소요재정 확충방안이 간과돼 있다고 지적했다.”

된 정부의 감염병 대책이 미흡하고 이와 같은 땀 질식의 미봉책은 안 된다는 의견들이 주를 이루었다. 대한의사협회의 경우 보도자료를 통해 실질적인 감염병 대응 강화를 위해서는 무엇보다도 재정 확충이 우선인데, 정부안에는 소요재정 확충방안이 간과돼 있다고 지적했다. 또한 질병관리본부장을 컨트롤타워로 지정하면서 수장을 차관급으로 격상키로 한 데 대해서는 “질병관리본부가 감염병 확대 방지라는 본연의 기능을 잘 수행하기 위해서는 인사, 예산권의 독립이 가능한 질병관리청으로 재편하는 게 마땅하다”고 밝히고, 나아가 보건부와 복지부의 독립 문제도 심도 있는 논의가 필요하다고 덧붙였다.¹²⁾ 대부분의 언론들도 이번 정부의 발표에 대해 근본적인 개선책이 빠져 있다는 지적과 함께 질병관리본부장을 차관으로 격상시킨다고 강력한 리더십을 기대하기 어려우며 질병관리본부를 보건복지부 산하에 그대로 두더라도 보건 분야를 담당하는 복수차관제를 도입하는 방안을 적극적으로 검토했어야 했다는 의견을 제시했다.¹³⁾ 보건의료노조 등의 관련 노조 및 시민단체도 질병관리본부장을 차관급으로 격상시키겠다고 했는데 단순히 기관장의 자리 하나를 승격시

11) 보건복지부 홈페이지(http://www.mw.go.kr/front_new/index.jsp)의 내용을 요약하였다.

12) 대한의사협회. 정부 감염병 대책 “미흡... 땀질식 미봉책 안 돼”. 보도자료. 2015. 09. 08.

13) 중앙일보. 이런 대책으로 메르스 사태 재발 막을 수 있나. 2015. 09.02.

키는 것으로 전문성과 자율성이 확보될 수 있을지에 대한 의문과 공공병원을 감염병 전문병원으로 지정하고 활용하기 위한 구체적인 계획이 없다는 측면의 문제를 지적했다.

3. 정부개편안의 문제점과 개선방안

가. 정부개편안의 문제점

정부의 발표를 통해 나타난 국가방역체계 개선 방안의 내용을 살펴보면 우선 질병관리본부의 본 부장을 차관급으로 격상하고 인사 및 예산과 관련한 사항을 독립적으로 운영한다고 발표한 것은 적절한 대안이 될 수 없다고 생각한다. 그 이유는 사실상 조직 자체를 복지부 산하기관으로 존속시킨다면 인사·예산권을 독자적으로 수행할 수 있다 하더라도 이를 실질적으로 행사하기가 쉽지 않다. 사실 방역체계 개혁의 핵심은 질병관리본부의 혁신에 달렸다고 해도 지나친 말이 아니다. 그동안 많은 전문가들은 인재를 불러 모으고 전문성을 향상시키기 위해서는 질병관리청이나 질병관리처로 독립시켜 독자적인 인사와 예산권을 부여해야 한다고 주장해 왔다. 정부(안)대로 차관급 기관으로 격상한다고 할 때 현재의 본부체제의 조직체계를 적어도 청 수준의 조직체계로는 개편이 되어야 독립성을 충분히 발휘할 수 있는 조직이 될 수 있을 것이다.

물론 중장기적으로는 현 정부가 언급하지 못했던 보건부의 독립과 관련한 상세한 밑그림이 제시되어야 할 것이다. 그 내용에는 행자부, 지방정부

(광역 및 기초단치단체), 교육부, 고용노동부, 환경부 등의 산재되어 있는 모든 보건 관련 업무가 새롭게 정비되어 보건부의 주요 관장업무로 제시될 필요가 있다고 본다. 보건부 독립과는 별도로 진료의뢰서 없이 상급종합병원(대형 대학병원)으로 직행하지 못하게 하고, 대형병원 응급실에 가는 비응급환자의 환자 본인 부담 진료비 부담을 높이는 등 메르스 확산에 원인을 제공했던 응급실 과밀화 방지대책을 내놓은 것은 어느 정도 평가할 만하다. 다만 응급실 이용에 따른 환자의 부담 증가 등의 조치로 인해 혹시라도 환자의 의료기관 이용에 대한 접근성이 떨어질 수도 있다는 점을 유념해야 할 것이다.¹⁴⁾

이와 더불어 메르스 사태에서 주목해야 할 사실은 메르스 환자 확산과 관련하여서 3차 감염까지 병원 내 감염을 통해 이루어졌다는 점이다. 그 원인은 감염병 발생 시 환자를 초기부터 완벽하게 격리, 진료할 수 있는 공공병원의 부족현상과 병원 내 전문 간호인력이 절대적으로 부족하여 환자의 간호업무 중 상당수가 가족들 또는 간병인에 의해서 제공되는 등의 의료관련 감염 대책 미흡 등도 이 주된 원인중의 하나로 평가되고 있다.

나. 개선방안

우리나라 보건영역의 감염병 관련 거버넌스 체계를 개선하기 위해서는 먼저 질병관리본부 내의 개선이 필요하다. 현재 우리나라 질병관리본부는 2012년 3,158억원 가량의 예산과 본부 내 157명의 인력을, 국립보건연구원과 국립검역소를 합하

14) 채인택. 의료 개혁만이 제2의 메르스 사태를 막고 국민을 안심시킬 수 있다. 대한보건협회 메르스 토론회, 2015.

여 총 636명의 직원을 운용하고 있다. 그에 반해 미국 질병관리본부(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)는 동일 연도 기준으로 약 12조 5,000억 원(110억 달러)의 예산과, 2008년 기준으로 약 15,000명의 직원을 두고 있다. 현재 질병관리본부는 적은 예산으로 기관 특성상 정책 계획, 조사, 연구 등 다방면의 전문적 업무를 이행해야만 하며, 이를 위해 많은 수의 보건의료전문가를 필요로 하지만 현재의 개선방안을 살펴본 결과 단순히 독립적인 인사권과 예산운영을 통해 보건의료전문인력 확충이라는 문제를 해결하기는 어렵다. 따라서 청 단위로 기관 승격 뿐 아니라 향후 중장기적으로 별도의 독립적인 기관으로 운영할 필요가 있다고 생각한다. 또한 WHO나 미국의 CDC와 같은 국제기구와 각 국가의 감염병 관리기관에 질병관리본부 전문가 등을 파견하여 국제협력을 강화하고 커뮤니케이션 네트워크를 구축하여 국제 공중보건위기를 실시간 모니터링 하는 것도 매우 중요하다.

이와 더불어 정부는 제2의 메르스 사태를 막기 위해 감염병 대책만을 위한 지엽적인 개편보다 의료전달체계 개선을 포함한 근본적인 개혁에 눈을 돌려야 한다. 감염병 확산 같은 후진적인 의료사고를 방지하려면 결국 보건행정의 전문성 강화와 의료 선진화가 최적의 처방이기 때문이다. 현재의 보건복지부는 예산규모가 굉장히 비대해져 있다. 또한 복지제도에 상당기간 치중한 탓에 복지제도의 경우 상당히 틀이 잡히고 예산규모도 많이 늘어난데 반해, 상대적으로 보건쪽은 민간에 의존하는 것이 많다는 점이다. 보건의료분야와 관련해

“여기저기 흩어져 있는 보건 분야를 체계적으로 묶어 관장할 수 있는 보건부의 신설 필요성이 더욱 커지고 있다. 조직을 갖추기 어렵다면 복수 차관제도를 도입, 보건의료정책을 총괄하도록 세분화할 필요가 있다.”

공공의료 확충은 물론, 미래 보건산업의 경쟁력 강화 등 위해서 전문적이고 세분화된 조직구성이 추가로 필요하다. 또 하나 다부처로 흩어져 있는 보건 분야 업무 또한 통합할 필요가 있다고 본다. 노동부분의 산업보건 업무와 환경부가 관할하는 환경보건, 교육부 소관인 학교보건 등 여기저기 흩어져 있는 보건 분야를 체계적으로 묶어 관장할 수 있는 보건부의 신설 필요성이 더욱 커지고 있다. 복지부 분리 문제는 2003년 사스 창궐 당시에도 제기됐고, 2009년 신종플루 때도 언급되었던 오랜 숙제이기도 하다. 하지만 지금과 같이 보건과 복지의 불균형 문제와 조직의 관료화라는 문제가 나타난 시점에서 다시 한 번 논의할 필요가 있다. 올해 보건복지부 예산은 53조4,000억 원 규모이지만, 이중 건강보험을 제외한 순수 보건의료 예산은 2조2,793억 원으로 4%에 불과하다. 또한 1990년 이후 거쳐 간 장관의 대부분은 정치인이거나 관료가 도맡아왔다.¹⁵⁾ 앞서 살펴본 여러 나라의 조직운영사항을 예를 들면 미국, 영국 등 27개국이 보건과 복지를 별도 부처로 운영하고 있다. 혹은 단일 부처라 하더라도 보건과 관련한 인력 및 예산 운영 등은 독립적으로 보건의료 분야에

15) 한국일보, 보건복지부에서 보건 독립, 진지하게 논의할 만, 2015. 07. 07.

맞춰 별도 운영하고 있다. 신종 전염병이 언제 어느 경로를 통해 확산될지 모르는 긴박한 상황에서 신속한 대처 능력을 가진 조직을 갖추 필요성을 인지해야 한다. 다만 그간의 논의에 따라 당장 조직을 갖추기 어렵다면 복수 차관제도를 도입, 이중 한 명을 보건 전문가에게 맡기고 보건관련 업무를 조직 개편하여 보건의료정책을 총괄하도록 하고 일반적인 건강 및 건강증진 관련사항, 질병 관련사항 등으로 세분화할 필요가 있다.

이와 함께 일정 규모 이상의 의료기관은 음압 시설 등 감염병 전문치료 설비의 구축 의무화를 위해서는 감염병관리를 위한 국가 예산의 직접적인 투입과 결국 공중보건위기상황에 효과적으로 대응하기 위해 필요한 진료 항목의 수가 신설과 조정이 반드시 뒷받침되어야 한다. 이러한 조치가 가능해질 때야 비로소 의료기관 인증 등의 사항을 강화하여 의료기관 개설 시 일정규모 이상의 의료기관에는 음압시설 등 감염병 전문치료 설비

가 의무화될 수 있고 의료기관의 감염관리 매뉴얼의 작동도 수시로 점검할 수 있게 될 것이다. 감염병은 최신 정보가 무엇보다 중요하고 앞으로 어떤 감염병이 발생 할지 알 수 없기 때문에 감염관리 전문가가 해외 감염병 정보를 공유할 수 있도록 국제협력 체계도 함께 고려되어야 한다. 마지막으로 민간과 협력하여 간병 및 병문안 문화를 바꿀 수 있는 제도 마련해야 한다. 병원이 메르스 전파에 핵심 역할을 한 것에는 가족이 환자의 병수발을 담당하고, 상시적으로 환자를 병문안할 수 있는 우리나라의 특수한 병원문화도 작용했다. 따라서 병원의 입원 환자관리 제도 전반에 대한 점검이 필요하며, 특히 호흡기 계통 질환자와 질환 의심환자의 병문안은 원천적 금지되어야 할 것이다. 병문안도 의사가 허용하는 범위와 시간에만 가능하도록 제도적 장치를 마련해야 한다. 간병문화도 포괄간호제 등의 확대 적용 등으로 통해 시급히 개선되어야 한다.

참고문헌

1. 경향신문. “민의원 야당수정안 곧 제출”. 1995.01.12.
2. 대한예방의학회. 예방의학과 공중보건학. 계축문화사. 2판.
3. 대한의사협회. 정부 감염병 대책 “미흡… 땀질식 미봉책 안 돼”. 보도자료. 2015. 09.08.
4. 박은철. 국가질병관리 역량강화를 위한 중앙정부 조직개편. 대한의사협회지. 2015.
5. 보건복지부와 그 소속기관 직제. 법률 제26530호.
6. 윤석준, 서혜영. OECD 국가의 보건의료행정조직의 조직현황과 의사의 참여방식에 관한 연구. 대한의사협회 의료정책연구소. 2013.
7. 의사신문. “질병관리본부 승격엔 ‘관심’… 보건부 독립은 ‘외면’”. 2015.08.24.
8. 중앙일보. 이런 대책으로 메르스 사태 재발 막을 수 있나. 2015. 09.02.
9. 전국대학보건관리학교육협의회. 보건교육사를 위한 보건학. 한미의학. 2판. 104-108.
10. 채인택. 의료 개혁만이 제2의 메르스 사태를 막고 국민을 안심시킬 수 있다. 대한보건협회 메르스 토론회. 2015.
11. 한국사회복지협의회. 복지저널. 제83호. 2015.07
12. 한국일보. 보건복지부에서 보건 독립, 진지하게 논의할 만, 2015.07.07.
13. 보건복지부 홈페이지(http://www.mw.go.kr/front_new/index.jsp)

MERS 사태에 대한 대국민 인식도 조사 · 분석

서 경 화

의료정책연구소 책임연구원

seokh@kma.org



〈편집자 주〉 보건부 독립과 전문성 강화는 의료계만의 요구사항이 아니다. 국민이 원하고 있다. 보건당국의 메르스에 대한 지식 부족과 상황에 대한 오판, 메르스 감염발생 병원 명단을 공개하지 않은 정부의 비밀주의, 위기 대응 컨트롤 타워의 부재와 혼선. 이같은 문제점들을 국민이 더 잘 알고 있다. 그들은 보건의료에 무지한 지도자들에 의해 건강과 안전과 생명을 위협받는 일을 또다시 겪고 싶지 않을 것이다. 의료정책연구소가 수행한 대국민 설문조사 결과를 살펴본다.

배경 및 목적

지난 5월부터 약 2개월 간 대한민국은 MERS (Middle East Respiratory Syndrome; 중동호흡기증후군)라는 지독한 공포를 경험하였다. 신종감염병으로서 해당 질병에 대한 구체적인 정보도 전무할 뿐 아니라, 치사율이 약 40%인데다 예방백신 및 치료제가 없다는 사실은 일반 국민들을 포함하여 의료인들조차 불안하게 만들었다. 무엇보다 중앙정부의 부실한 초기 대응으로 인해 전파경로조차 명확히 밝혀지지 않았던 상황에서 MERS 확산과 동시에 수많은 격리자(또는 의심자)가 발생함에 따라 국민들은 전반적으로 불특정 다수가 집합하는 장소에 가는 것을 꺼려하게 되고, 업종별로 사업장들이 문을 닫는 사태까지 발생하였다.

특히 감염병의 확산에 의한 휴업사태는 의료계도 예외는 아니었다. 정부당국은 MERS 의심증세를 가진 환자가 경유한 의료기관 또는 MERS 확진을 한 의료기관과 더불어 해당 환자가 확진받기 전까지 경유했던 의료기관까지 휴업을 하도록 권고하기에 이르렀다. 물론 의료진이 감염되거나 자가격리 대상자에 해당되어 휴업을 하기도 하며, 불안 또는 지역사회 주민들에 대한 전파를 우려하여 휴업을 하는 경우도 있었다. 지역사회로까지의

“응답자의 과반수가 건강보험재정에서 지원하는 MERS 검사 및 진단비용과 더불어 격리기간 동안 ‘일을 하지 못한 것에 대한 경제적 손실’까지 보상범위에 포함시켜야 한다고 인식하고 있었다.”

전파는 없었으나 ‘병원 내 감염가능성’이 제기됨에 따라 국민 대다수는 위급한 상황이 아니라면 MERS가 확산되고 있는 시기에는 되도록 의료기관 방문하기를 거부하는 분위기가 형성되었다. 이로 인해 전국 각지에서 모여든 환자들로 북새통을 이루던 대형병원에서부터 소규모 동네의원에 이르기까지 MERS로 인해 전례 없는 막대한 피해를 입게 되었다.

MERS라는 질병이 확산된 데 대해 국민을 비롯한 언론 및 전문가들은 정부와 보건당국에 책임을 묻는가 하면, MERS 사태로 인해 피해를 입은 대상들에 대해 정부차원에서 보상을 해 주어야 한다는 여론이 형성되기 시작했다. 이에 따라 대한의사협회 의료정책연구소에서는 향후 정부가 MERS에 대한 실질적인 보상지원책을 비롯한 후속대책을 수립하는 데 있어 근거자료를 마련하고자 MERS 사태에 대한 대국민 인식도를 조사·분석하였다.

방법 및 내용

대국민 조사는 국내에 거주하고 있는 20대 이상 남녀를 대상으로 하였고, 우리나라 전체 주민등록인구의 지역, 성, 연령별 분포를 반영하여 총 1,000명을 표본으로 추출하였다. 다만 불성실응답 또는 무응답 가능성을 고려하여 최종 표본크기를 총 1,100명으로 하였다. 조사는 전문조사기관에 의뢰하여 구조화된 설문조사표를 웹설문지로 개발하였고, 7월 13일부터 15일까지 3일간 웹서베이 형태로 진행되었다.

주요 조사내용은 크게 3부분으로 구분하였는데, ① MERS 피해보상 대상과 범위 ② MERS 관

| 표 1. 조사내용 |

영역	항목
피해보상 대상과 범위	피해 보상 대상자 우선순위 (개인, 업종 구분) 피해 보상의 범위 (환자, 격리자, 업종 구분)
MERS 관련 사항에 대한 전반적인 인식	초기대응 실패에 영향을 미친 요인 기관별 MERS 대응 실패에 대한 책임정도 매체별 MERS에 대한 정보 제공 정도 및 신뢰도
각 기관 또는 매체에 대한 전반적 신뢰수준	평소 각 기관 또는 매체에 대한 전반적 신뢰도
응답자 특성	성별, 연령, 거주지역, 교육수준, 결혼상태, 직업, 소득수준

련 사항에 대한 전반적인 인식 ③ 각 기관 또는 매체에 대한 전반적 신뢰수준으로 구성하였다(표 1). 먼저 MERS 피해보상 대상은 개인과 업종 부문으로 구분하여 부문별 피해보상의 우선순위를 질문하였다. 이어 피해보상 범위에 대해서는 MERS 환자, MERS 격리자 그리고 업종별로 관련된 피해보상의 내용을 제시하고 복수응답하도록 하였다. 이 때, 환자와 격리자의 경우 건강보험재정에서 전액 지원하기로 한 정부의 방침에 대한 정보를 함께 제공하였다. MERS 관련 인식에 대해서는 MERS 초기 대응 실패에 영향을 미친 요인, MERS 확산사태에 대한 기관별 책임정도, 기관 또는 매체별 MERS에 관한 정보 제공 정도와 해당 기관 또는 매체에서 받은 정보에 대한 신뢰도를 7점 척도로 평가하도록 하였다. 마지막으로 MERS 사태와 무관하게 평소에 각 기관 또는 매체에 대한 국민들의 신뢰도 수준을 측정하기 위한 문항을 추가하였고, 그 외 응답자의 특성을 파악하기 위해 성, 연령, 거주지역, 교육수준, 결혼상태, 직업, 소득수준에 관한 문항을 포함시켰다.

결과

1) 응답자 특성

총 1,100명 중 유효 응답자 수는 1,073명이었고, 남성(51.3%)이 여성(48.7%) 보다 많았으며 40대(28.5%)의 응답비중이 상대적으로 높았다. 직업별로는 사무직/기술직(42.8%)의 비중이 가장 높았고, 소득수준이 높은 집단(37.2%)이 비교적 많이 응답한 것으로 확인되었다(표 2). 미미한 차이는 있었으나 전반적으로 성, 연령, 지역 등의 응답자 특성별 집단간 응답비중은 균등한 편이었다.

2) 피해보상 대상과 범위

MERS가 확산된 이후, 직간접적으로 MERS의 영향력이 미치지 않은 곳은 거의 없다고 해도 과언이 아닐 정도로 사회 전반에 걸쳐 피해사례들이 속출해왔다. 본 조사의 분석결과 개인 부문에서는 MERS 감염 환자(54.3%)가, 업종 부문에서는 의약업(45.2%)이 피해보상 대상 1순위로 선정되었다. 한편, 우선적으로 피해보상을 받아야 할 대상으로서 피해업종에 종사하고 있는 개인(21.1%)이 MERS 감염 환자에 이어 응답비중이 높게 나타났

Ⅰ 표 2. 응답자 특성

(단위 : 명, %)

구 분		사례수	빈도	구분		사례수	빈도
전체		1,073	100.0	직업	사무직/기술직	459	42.8
성	남자	550	51.3		경영/관리직/전문직	117	10.9
	여자	523	48.7		기능/작업직	60	5.6
연령	20대	234	21.8		자영업/판매서비스	131	12.2
	30대	267	24.9		전업주부	142	13.2
	40대	306	28.5		학생	76	7.1
	50대 이상	266	24.8		기타	88	8.2
지역	서울	222	20.7	소득	상(500만원~)	399	37.2
	6대광역시	299	27.9		중(300만원~)	372	34.7
	도지역	552	51.4		하(300만원 미만)	302	28.1

Ⅰ 표 3. 피해보상 대상 우선순위

(단위 : 명, %)

개인	사례수	비중
MERS 감염 환자	583	54.3
피해업종 종사자 개인	226	21.1
MERS 격리자	164	15.3
일반국민	100	9.3

※ 전체 응답자 수 : 1,073명

※ 기타 : 피해/영업중단 업체 모두, 택배/물류/무역업, 레저업, 종교단체, 교육업, 응급차량

업종	사례수	비중
의약업	485	45.2
관광업	228	21.2
요식업	148	13.8
운수업	63	5.9
제조업	51	4.8
유통업	45	4.2
공연업	37	3.4
기타	6	0.6
없음	10	0.9

다. MERS 감염 환자와 더불어 MERS 격리자가 언론에서 주목을 받았던 것과는 달리 국민들은 피해업종에 종사하고 있는 개인 또한 피해보상 대상으로 인식하고 있었다. 업종에서는 의약업 다음으로 관광업(21.2%), 요식업(13.8%) 순으로 피해보

상 대상 우선순위를 꼽았다.

3) 피해보상 범위

MERS 환자에 대해서는 기본적으로 정부에서 건강보험재정을 통해 전액 지원하기로 한 진료비

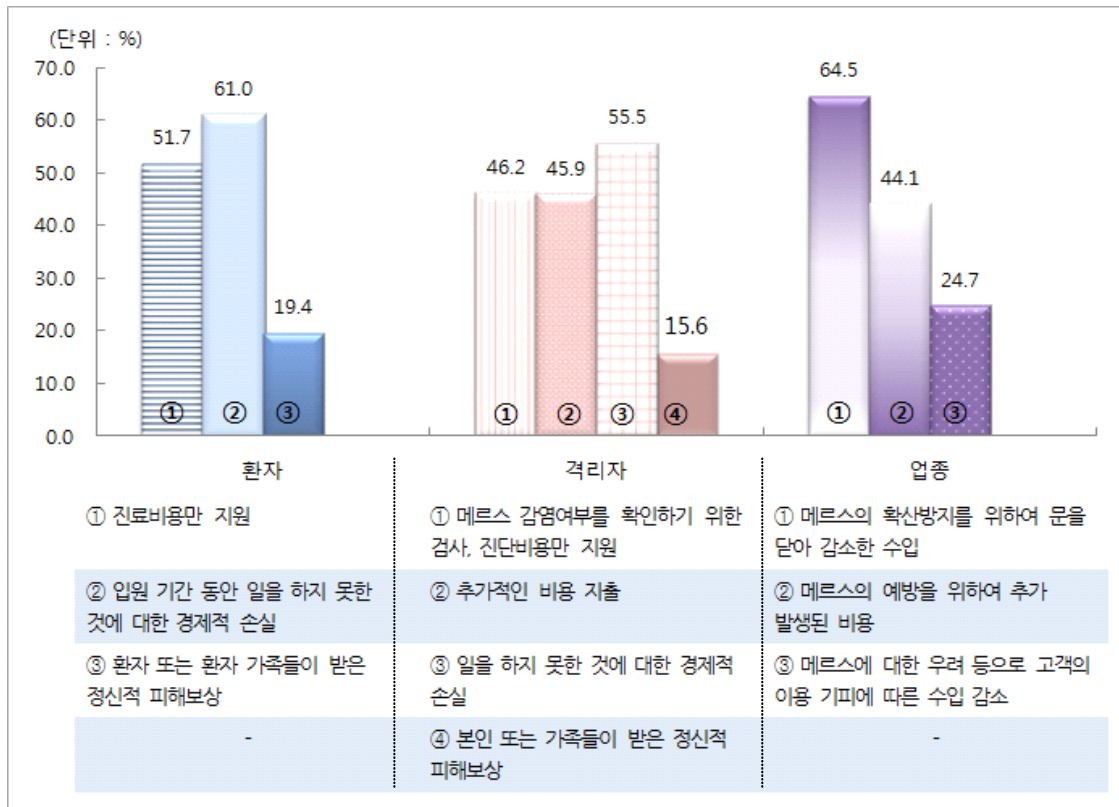
용과 더불어 ‘입원기간 동안 일을 하지 못한 것에 대한 경제적 손실(61.0%)’까지 보상에 주어야 한다고 응답한 비중이 가장 높았다(그림 1). MERS 격리자에 대해서도 응답자의 과반수가 건강보험 재정에서 지원하는 MERS 검사 및 진단비용과 더불어 격리기간 동안 ‘일을 하지 못한 것에 대한 경제적 손실(55.5%)’까지 보상범위에 포함시켜야 한다고 인식하고 있었다. 그러나 환자, 격리자 또는 가족들이 받은 정신적 피해에 대한 보상을 해야 한다고 응답한 비중은 20% 미만이었다.

한 편, 관련 업종의 피해보상 범위는 ‘MERS 확산방지를 위하여 문을 닫아 감소한 수입(64.5%)’

이라고 인식하는 응답자들이 가장 많았다. 그 다음으로 ‘MERS 예방을 위하여 추가 발생된 비용’과 ‘고객의 이용 기피에 따른 수입 감소’ 부분에 대한 응답비율은 각 44.1%, 24.7%였다. 즉, 국민들은 휴업 등으로 인한 경제적 손실은 중요한 피해범위로 인식하는 반면, 고객의 이용이 저조하여 감소한 수입 손실분에 대해서는 상대적으로 덜 중요하게 인식하는 경향을 확인할 수 있었다.

4) MERS에 대한 인식

첫 번째 MERS 환자 발생 이후 MERS의 확산은 정부가 예상했던 것과는 달리 걷잡을 수 없는



주 : 복수응답

■ 그림 1. 대상별 피해보상 범위 ■

■ 표 4. MERS 초기대응 실패에 영향을 미친 요인 ■

(단위 : 명, %, 점)

초기대응 시 문제점	영향을 미치지 않음		보통		영향을 미침		평균
	사례수	비중	사례수	비중	사례수	비중	
정부의 폐쇄주의 및 비밀주의	46	4.3	75	7.0	952	88.7	6.1
정부의 컨트롤 타워 부재	56	5.2	78	7.3	939	87.5	6.1
자가격리에 대한 관리 소홀	39	3.6	95	8.9	939	87.5	6.0
낮은 전염력에 대한 지나친 확신	59	5.5	95	8.9	919	85.6	5.9
역학조사 부족	44	4.1	94	8.8	935	87.1	5.9
의심/확진 환자의 부족한 시민의식	69	6.4	90	8.4	914	85.2	5.7
병원간호 문화	81	7.5	160	14.9	832	77.5	5.5
의료쇼핑 문화	112	10.4	181	16.9	780	72.7	5.3
SNS 등 MERS에 대한 잘못된 정보	186	17.3	267	24.9	620	57.8	4.8

주 1) 리커트 7점 척도로 측정

2) 사례수와 비중은 ①~③으로 응답한 경우, ④는 '보통' 그리고 ⑤~⑦로 응답한 경우의 세 범주로 구분하여 분석하였음

3) 평균 점수는 응답데이터를 점수화하여 전체 응답점수 합계를 응답자 수로 나누어 산출하였음

상태에까지 이르렀고, MERS에 관해서는 항상 '초기대응 실패'라는 수식어가 뒤따랐다. 본 조사를 통해 MERS의 초기대응 실패에 가장 영향을 준 요인을 분석한 결과, 국민들은 세 가지 요인 - '정부의 폐쇄주의 및 비밀주의(6.1점)', '정부의 컨트롤 타워 부재(6.1점)', '자가격리에 대한 관리 소홀(6.0점)' - 이 가장 부정적인 영향을 주었다고 평가하였다(표 4). 즉, 국민들 대부분은 전반적으로 정부가 MERS 대응에 있어 적절한 조치를 하지 못했던 것이 MERS를 확산시키는 데 일조했다고 인식함으로써 MERS 대응에 대한 정부의 역량 부족을 문제점으로 지적하였다. 반면 '의료쇼핑 문화(5.3점)'나 'SNS 등 MERS에 대한 잘못된 정보(4.8점)' 등과 같이 국민들의 태도 및 행동은 상대적으로 MERS 초기대응 실패에 영향을 덜 주었다고 인식하는 경향이 있었다.

초기대응 실패 시 영향요인에 이어 기관별 실패에 대한 책임소재를 조사한 결과, 역시 보건복지부나 중앙정부에 실패에 대해 가장 많은 책임이 있다고 인식하고 있었다. 이는 앞서 정부의 역량 부족으로 인해 초기대응에 실패했다고 응답한 결과와 일맥상통한다고 볼 수 있다. 그러나 확진 환자가 방문한 병원에 대해서는 책임의 비중이 적다고 인식하고 있었다.

앞서 정부의 폐쇄주의 및 비밀주의가 초기대응 실패 시 가장 영향을 준 요인으로 꼽힌 것과 관련하여 매체나 기관으로부터의 MERS에 관한 정보가 대중들에게 얼마나 전달되었는지를 조사해 보았다. 국민들은 'TV(5.1점)', '웹사이트(5.0점)'와 같은 대중매체 및 온라인을 통해 더 많은 정보를 제공받았다고 응답한 반면, '정부기관(3.6점)'이나 '병원협회, 의사협회 등의 단체(3.8점)'로부터

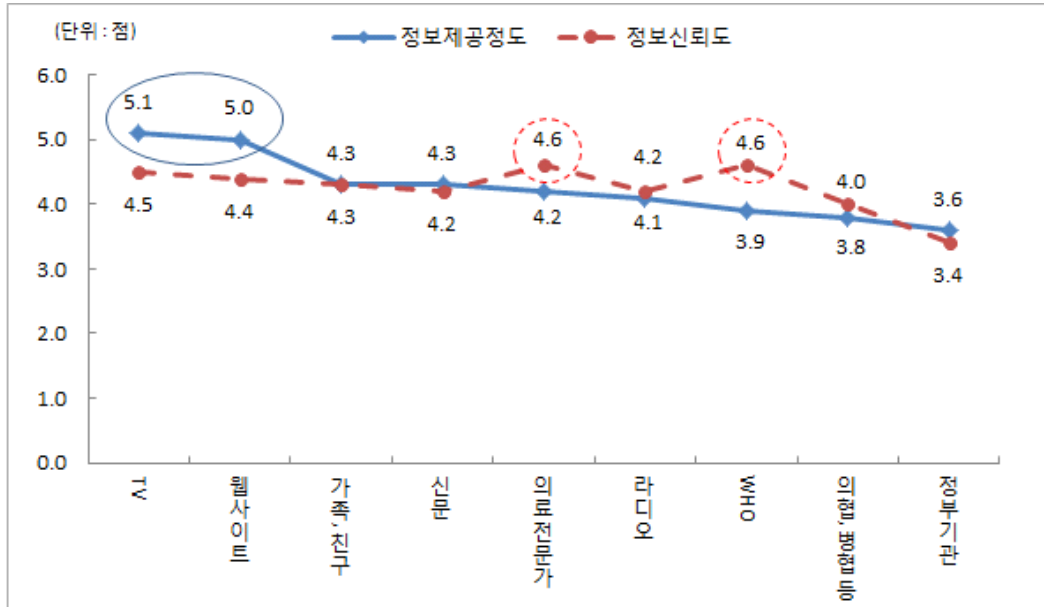


그림 2. 기관 또는 매체별 MERS 관련 정보 제공정도 및 해당 정보에 대한 신뢰도

받은 정보는 상대적으로 적었다고 응답하였다(그림 2). ‘가족이나 친구(4.3점)’ 등의 지인을 통해 정보가 전달되는 경우도 다수 있었고, 의료전문단체에 비해 ‘의료전문가(4.2점)’들로부터 MERS에 관한 정보를 더 많이 제공받았다고 응답하기도 하였다.

이와 더불어 매체나 기관으로부터 받은 정보의 신뢰수준을 함께 조사한 결과, 정보의 신뢰수준은 전반적으로 높은 수준은 아니었고 보통 이상의 수준이었으며, 그 중에서 의료전문가(4.6점), 세계보건기구(4.6점)로부터 받은 정보를 가장 신뢰하고 있는 반면, 정부기관(3.4점)으로부터 제공받은 정보를 가장 덜 신뢰하고 있는 것으로 확인되었다(그림 2). 의료전문가와 세계보건기구를 제외한 나머지 매체나 기관에 대해서는 정보가 제공되는 정도와 해당 정보에 대한 신뢰도가 양의 상관관계를 가지고 있었다. 즉, 정보를 많이 제공하는 매

체 및 기관에 대해 해당 매체 및 기관에서 제공한 정보를 더 많이 신뢰하고 있는 경향이 있었다.

5) 기관 또는 매체에 대한 전반적인 신뢰수준

MERS 사태와 무관하게 평소 국민들의 각 기관 또는 매체에 대해 인식하고 있는 신뢰수준을 조사한 결과, 친구나 가족 등의 ‘주변지인(4.4점)’, ‘TV(4.3점)’를 상대적으로 더 많이 신뢰하고 있는 반면, ‘국회(2.4점)’를 비롯한 ‘정부부처(2.9점~3.0점)’에 대한 불신 수준이 높은 것으로 확인되었다(표 5). 특히 국회나 정부보다는 ‘SNS(3.6점)’에 대한 신뢰도가 더 높은 것으로 나타남으로써 국가에 대한 신뢰수준이 최하위인 것으로 드러났다.

결론 및 시사점

MERS라는 신종감염병은 2달이라는 시간 동안

【 표 5. 기관 또는 매체에 대한 전반적인 신뢰수준 】

(단위 : 명, %, 점)

기관 또는 매체	신뢰하지 않음		보통		신뢰함		평균
	사례수	비중	사례수	비중	사례수	비중	
대인관계(친구, 가족 등)	199	18.5	420	39.14	454	42.3	4.4
TV(뉴스, 다큐멘터리 등)	265	24.7	322	30.01	486	45.3	4.3
인터넷(포털 사이트 등)	318	29.6	388	36.16	367	34.2	4.0
의 료 인	344	32.1	339	31.59	390	36.3	4.0
인쇄매체물(신문, 잡지 등)	326	30.4	424	39.52	323	30.1	3.9
전문가 집단(대학교수 등)	361	33.6	336	31.31	376	35.0	3.9
대한의사협회	405	37.7	345	32.15	323	30.1	3.7
SNS(트위터, 페이스북 등)	468	43.6	345	32.15	260	24.2	3.6
환 경 부	621	57.9	272	25.35	180	16.8	3.0
중앙정부	613	57.1	238	22.18	222	20.7	3.0
보건복지부	646	60.2	238	22.18	189	17.6	2.9
사법부(법조인)	663	61.8	251	23.39	159	14.8	2.9
국회(국회의원)	785	73.2	171	15.94	117	10.9	2.4

우리 사회 전반에 걸쳐 질병뿐 아니라 그 외 다양한 부정적인 영향력까지 전파하였다. MERS에 감염된 환자를 비롯하여 의심증세 또는 확진환자와의 직간접적 접촉으로 인해 격리된 사람들, 아파도 의료기관에 방문할 수 없었던 그리고 MERS 감염에 대한 우려로 사회활동에 제약을 받은 다수의 국민들까지 MERS의 피해를 고스란히 경험하였다. MERS가 종식분위기로 이어지고 있는 가운데 우리 사회는 어느 정도 정상궤도로 복귀하고 있는 듯하다. 그러나 여전히 해결되지 않은 다양한 문제들이 산재해 있고, 보상지원책을 비롯한 후속대책을 마련하는 것이 필요한 상황이다.

이에 따라 대한의사협회 의료정책연구소에서는 MERS 사태에 대한 국민들의 인식수준을 파악하

고 향후 대책을 마련하기 위한 근거자료를 확보하고자 7월 13일~15일 동안 대국민 여론조사를 수행하였다. 조사에 참여한 1,073명의 응답 결과를 분석한 결과, 국민 다수는 MERS 확진을 받은 환자와 더불어 의약업계를 MERS 피해대상 1순위로 인식하고 있었다. 이들에 대한 보상범위는 환자의 경우 건보재정으로 진료비 전액 지원과 더불어 입원기간 동안 노동상실에 대한 경제적 손실까지로 보았으며, 업종에 대해서는 MERS로 인해 휴업한 기간 동안의 경제적 손실을 보상해주어야 한다고 인식하고 있었다. 무엇보다 초기에 MERS의 급속한 확산을 막지 못한 데에는 정부가 사전에 정보를 공유하지 않은 폐쇄주의/비밀주의와 더불어 위기대응을 위한 컨트롤 타워의 부재가 가장 큰 영

향을 주었다고 국민들은 지적하였다. 신종감염병이라는 특징 때문에 그 어느 때보다 공신력 있는 기관의 정확하고 신속한 정보의 전달이 중요한 시기임에도 불구하고, 국민들은 보건복지부나 질병관리본부와 같은 정부기관보다 TV나 온라인 매체를 통해 더 많은 정보를 제공받았다고 응답하였다. 제공된 정보의 내용적인 측면에서는 정부기관에서 제공한 정보에 대한 불신이 상대적으로 더 큰 것으로 확인되었으며, 그 외 매체나 기관에서 제공되는 정보에 대해서는 신뢰수준이 4.0점 이상으로 정부기관에 비해 신뢰도가 높았다. 한편, MERS와 관련된 사항이 아니더라도 평소 국회 및 중앙정부 부처들에 대한 국민들의 불신 수준은 상대적으로 높은 편이었고, 오히려 가족/친구 등의 지인 그리고 대중매체와 더불어 SNS 등의 온라인 매체를 더 신뢰하는 경향이 있었다.

2003년 SARS라는 신종감염병을 경험했음에도 불구하고, 현재 우리나라 정부와 보건당국에는 신종감염병을 비롯한 국가 위기 상황에 대응할 수 있는 역량 및 실효성 있는 체계가 충분히 마련되어 있지 않다는 문제점이 이번 MERS 사태를 통해 여실히 드러났다. 특히 정부와 보건당국이 권

“초기에 정부가 사전에 정보를 공유하지 않은 폐쇄주의/비밀주의와 더불어 위기대응을 위한 콘트를 타워의 부재가 가장 큰 영향을 주었다고 국민들은 지적하였다. 향후 같은 문제를 되풀이 하지 않으려면 상시 준비태세를 갖추어야 하고, 동시에 보건당국을 비롯한 관계부처의 전문성을 제고하기 위한 방안이 충분히 논의되어야 할 것이다.”

트를 타워의 역할을 충실히 이행하지 못했고, 전문적인 위기대응능력이 미흡했다는 점에서 국민들의 신뢰도가 하락할 수밖에 없었으리라 판단된다. 따라서 향후 같은 문제를 되풀이 하지 않으려면 국가는 국민들의 신뢰와 지지를 바탕으로 일련의 활동을 수행해야할 뿐만 아니라, 특히 국가 재난 상황 시 신속한 대처와 수습을 위한 상시 준비태세를 갖추어야 하고, 동시에 보건당국을 비롯한 관계부처의 전문성을 제고하기 위한 방안이 충분히 논의되어야 할 것이다.

건강을 위한 근대성의 극복 - 보건소장 자격을 위한 제언

최 경 만

유성구 보건소장

beeholapple@gmail.com



〈편집자 주〉 보건소의 역할과 보건소장의 자격에 대한 논쟁은 어제오늘 일이 아니지만, 메르스 사태를 통해 집중 부각되고 있다. 전문인력 부재와 공공의료시스템의 부실이 적나라하게 드러난 마당에 보건소의 역할 재정립과 전문성 제고의 당위성에 대해서는 異論의 여지가 없어 보인다. 지난 7월 경남 양산시 보건소장 공모 자격으로 의사면허를 필수조건으로 명시해 눈길을 끌었다. 보건소가 메르스와 같은 공중보건위기 상황시 최 일선에서 방어할 역량을 확보하고, 지역의료계와의 상호 협력과 조화를 이끌어내려면 어떤 변화가 필요할까.

종종 혼자 스스로 던지는 질문이 있다. ‘건강이란 무엇인가?’, ‘보건소는 지역주민의 건강을 위해 무엇을 해야 하는가?’ 이 글을 통해 위 두 가지 질문에 대한 대답을 찾도록 시도해 보겠다. 또한 메르스 경험을 통해 얻은 통찰을 덧붙여 보기로 하겠다.

보건소는 지역사회의 건강문제를 풀어가는 하나의 축이다. “누가 지역사회에서 건강문제를 해결하는 노력을 할 수 있는가?” 우선 의료기관들이 있다. 구청이 있고 학교가 있다. 개인 회사들이 직원을 위해 노력할 수 있다. 또 누가 있는가? 당연히 ‘사람들’이 있다. 그런데 우린 ‘사람들’이 있다는 것을 쉽게 잊는다. 누가 그런 당연한 생각을 못하겠느냐 싶지만 실제로 그렇다. 예를 들어 보건사업 계획서를 보면 여러 기관들의 이름이 나오고 어떻게 협력을 한다고 하지만 정작 주민들의 역할을 기술한 경우는 거의 없다. 주민들은 사업의 대상일 따름이다. 메르스 때에도 시민들은 격리와 감시 그리고 치료의 대상이었을 뿐이었다. 시민이 상전이고 주인이라면 어떻게 해야 했을까? 아무튼 건강문제를 풀어나가는 중심축은 ‘사람들’이라는 것을 기억하면서 본 글을 읽어주시기 바란다.

보건소마다 직원 수와 사용가능한 예산이 다르지만 필자가 근무하는 보건소의 경우 약 80여명의 직원들이 일하고 있으며, 올 해 예산은 180억을 조금 넘는데 그 중에 대부분은 보건소 운영비 및 정신요양시설 지원이나 난임 부부 지원 등 각종 지원사업과 예방접종과 같은 필수사업에 쓰이고 9억 원 정도를 건강증진 사업에 사용하고 있다. 요즘은 보건소 건강증진사업은 통합 건강증진 사업이라고 해서 어떤 사업을 할지 보건소에서 어

느 정도는 자율적으로 결정할 수 있어 정책상으로는 각 보건소가 하기 나름에 따라 결과가 달라질 수 있다고 본다. 이처럼 보건소장의 역할이 보건소의 성장과 지역주민의 건강에 중요한 요인이 되는 이유가 된다.

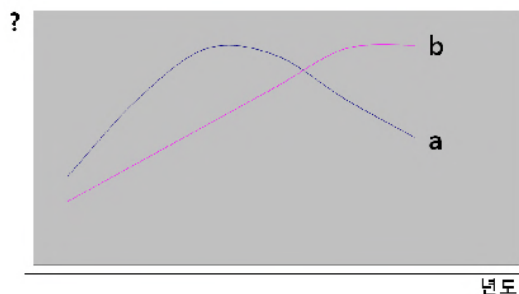


그림 1. |

Mozaffarian D et al. Circulation 2015;131:e29-e322 참고

그림 1의 그래프를 보면서 설명을 하자면, 만성 질환은 과거에는 흔한 병이 아니었다. a곡선은 심혈관질환 사망률로 18세기 후반부터 증가하기 시작한 사망은 서구에서는 1960년대 후반 정점을 찍고 떨어지기 시작한다. 그리고 b곡선은 심혈관질환 유병률로 21세기에 들어서서 안정되어 가는 듯이 보인다. ‘더 많은 사람이 아프지만, 잘 죽지 않는’ 이러한 현상은 무엇 때문일까? 독감과 같은 감염병처럼 유행이 극에 달하면 사회에 면역력을 남기고 스스로 쇠퇴하는 것일까? 식성이 달라지고 체형이 바뀌는 등 만성질환에 견딜 수 있는 유전자의 표현형에 변화가 온 것일까? 세계가 보다 풍요해지면서 더 잘 먹게 되서 그럴까? 서구에서 아시아, 남미 등으로 공해산업이 이전되고 위생과 환경이 개선되면서 일까?

18세기는 근대가 시작되는 시기이다. 68년 이른바 오월혁명으로 기억되는 1960년 말은 ‘금지를

금지하라'라는 혁명구호와 반대로 근대 프로젝트가 완료되는 시점이 되었다. 근대성(Modernity)은 내면화되어 더 이상 강제할 필요가 없어져 버렸고 근대가 요구하는 가치를 추구하기 위해 사람들은 소진되어 간다. 내면화는 갑자기 모든 것을 태워버리지는 않지만 불씨와 같이 서서히 재로 변하게 하며 근대인의 몸과 마음을 이전 세대와 다르게 성형해 나간다. 하이데거의 표현으로는 주체는 '본래적 실존'을 상실하고 스스로 대상화되며 존재자로부터 존재가 사라지게 된다. 이전에 가족, 친구, 세계와 맺고 있던 충만하고 본성에 충실한 관계는 사라지고, 시간 앞에 무의미한 위조된 가치(재산, 지위, 명예 등)가 힘을 갖는다. 근대는 충족될 수 없는 욕망과 경쟁에 지친 사람들에게 이른 안식조차 사치가 되어 버렸다.

우리가 직면한 건강문제는 근대의학-보건학의 대상을 넘어서는 것이다. 사람들이 근대의학의 관점에 포위되면 사람들은 건강을 얘기 할 때 삶과 역사와의 관계를 끊고 오직 생물학적이거나 화학적인 몸에 대해서만 말한다. 만성질환은 말할 것도 없이 메르스와 같은 감염병의 경우에도 생물역학적 대응만이 아니라 우리사회의 문화에 대해 성찰하고 새로운 위험들에 노출된 현대사회의 의사소통구조

“만성질환은 말할 것도 없이 메르스와 같은 감염병의 경우에도 생물역학적 대응만이 아니라 우리사회의 문화에 대해 성찰하고 새로운 위험들에 노출된 현대사회의 의사소통구조를 만드는 것이 중요하다.”

조를 만드는 것이 중요하다. 메르스 때 보았던 것처럼 질병은 눈에 보이는 공식적인 체계에만 출현하는 것만이 아니라 공동체의 빈 공간을 헤집고 다니고 사람들의 가슴에 상처를 낸다. 삼성병원에 몇 명의 환자가 발생했다는 것보다 더 중요한 것은 전 사회가 불안과 불신에 상처입고, 해체된 공동체와 실종된 사회가치의 실상을 보았다는 것이다. 역사라는 시간을 따라 사회의 상처가 발생하고 축적되면서 만성질환의 유행도 따라서 증감하게 된다. 자 이제 정리해 보자. 필자는 건강이란 '주체성의 상실이다'라고 설명했다. 그리고 건강을 회복하기 위해서 '근대성을 극복하고 주체의 자유를 찾아야 한다'고 강조했다.

지금까지 '건강이란 무엇인가?'라는 질문에 답을 제시하고자 했다. 그렇다면 이제부터는 '보건소는 지역주민의 건강을 위해 무엇을 해야 하는가?'에 대한 생각을 정리해 보도록 하자. 간략한 명제들로 구성하였고 윗글과 연결이 되도록 정리해 보았다.

1. 명제 하나

가. 건강은 가치를 추구하는 과정이자 결과이다.

- 1) 세계의 문제는 건강을 통해 나타난다.
- 2) 건강문제를 푸는 것은 세계의 문제를 푸는 것이다.

나. 보건소장은 현장에서 가치를 실현한다.

- 1) 이 시대의 문제를 발견한다.
- 2) 가장 현실적인 해답을 찾는다.

2. 명제 둘 : 선도성, 주체성, 형평성 그리고 연대

가. 선도성

- 1) 현장으로부터 배운다.
 - 가) 현장이란 일상생활의 시공간이다.
 - 나) 건강이란 일상생활에서 위조된 가치를 거부하려는 시도이다.
- 2) 성찰과 정체성
 - 가) 위조된 가치를 거부하는 성찰은 주체를 찾는 과정이다.
 - 나) 성찰은 모든 사물들 사이의 관계를 자명하게 한다.
 - 다) 정체성이란 모든 사물들과의 새로운 망적 관계이다.
- 3) 나로부터의 혁명
 - 가) 내가 변해가는 과정이 세계가 변해가는 과정이다.
 - 나) 건강은 규범과 환경을 바꾸려는 노력의 과정이다.

나. 주체성

- 1) 자유로운 주체
 - 가) 주체성은 주체가 자유를 얻는 과정이다.
 - 나) 자유는 창발성의 근원이다.
 - 다) 창발성이란 진리를 향한 진보이다.
- 2) 주민참여는 주체성을 사회적으로 실현하는 것이다.

다. 형평성

- 1) 모두가 건강해야 내가 건강하다.
- 2) 형평성은 세상을 변화시키는 힘이다.

“보건소 직원 역량교육과 주민 역량교육이 상호 침투하며 발전해야 한다.

보건소가 주민을 보건사업의 중심에 세우는 노력과 함께 건강에 관심을 가지고 함께 노력할 수 있는 자원들과 연대해야 위험사회의 건강과 안전문제를 풀어 나갈 수 있다.”

라. 연대 : 모두가 달라서 아름답다.

3. 이중의 장벽

가. 새로운 보건소 인력 · 조직을 건설해야 한다.

- 1) 권위주의와 위계질서를 극복해야 한다.
- 2) 창의적 조직이 되어야 한다.
- 3) 협치와 연대에 기반을 둔 조직이 되어야 한다.

나. 인문학적 지평의 확대

- 1) 근대의학 · 보건학의 한계를 극복해야 한다.
- 2) 역사적, 문화적, 철학적 시야를 갖추어야 한다.

지금까지 ‘보건소는 건강을 위해 무엇을 해야 하는가?’에 대한 견해를 밝혔다. 가치 중심적인 보건소를 만들고 보건소에서 하는 사업도 가치 지향적이어야 한다고 했다. 중심가치인 선도성, 주체성, 형평성을 소개하고 수단적 가치로서 연대를 설명했다. 여기서 주체성은 자율성이나 자결권의 의미를 넘어 자유로서의 권리이자 세계와의 자명한 일체감이자 진리를 향한 행보를 의미하고 있다. 근대성의 극복과 주체의 자유를 추구해야 하

는 현시대의 과제 앞서 권위주의적 위계질서에 생동감을 잃고 무조건 복창하는 보건조직을 개혁해야 하는 현실적인 과제가 놓여 있다. 보건소가 먼저 주체적이 되어야 주민들과 함께 건강을 향한 사회변화의 원동력을 제공할 수 있다. 그리고 공무원이 ‘주민을 주민으로 대하는 것’은 주민 참여사업의 시작이라고 할 수 있다. 나아가 주민의 참여수준을 높이기 위해서는 보건소 직원 역량교육과 주민 역량교육이 상호 침투하며 발전해야 한다. 보건소가 주민을 보건사업의 중심에 세우는 노력과 함께 건강에 관심을 가지고 함께 노력할 수 있는 자원들과 연대해야 위험사회의 건강과 안전문제를 풀어 나갈 수 있다.

메르스에서 보았듯 우리사회에는 위험 커뮤니케이션과 위기 커뮤니케이션 모두가 부재했다고 볼 수 있다. 핵, 기후변화, 대기오염, 신종 전염병과 같은 건강에 큰 피해를 줄 수 있는 인위적 위험과 항시 대면하고 있는 현대사회는 시민이 중심이 되고 사회의 자원들이 연대하여 평상시 재난을

예방하고자 하는 노력이 이루어져야만 지속 가능한 사회가 될 수 있다.

혹자는 이렇게 말할 수 있을 것이다. ‘이런 일들은 보건복지부에서도 구청에서도 말하지 않는 것이니 미래에 맡겨놓으라’고, 전국에 250여개의 보건소가 있다. 그 중에 하나 어떻게 보면 작고 외진 사업소가 보건소인데 보건소장에게 과연 세상을 변화시킬 수 있는 힘이 있을까? 필자 역시 스스로 되문곤 하는 질문이다. 답은 여러분 스스로가 알고 계실 것으로 믿는다.

정리하자면, 필자에게 주어진 논제는 ‘위험과 위기의 시대 누가 보건소장을 할 것인가?’이다. 하이데거의 표현으로 답한다면 ‘시대의 부조리에 경악하고 모든 존재자들에게 존재를 되돌려 줄 수 있는 사람’이다. 다시 말하자면 보건소장은 ‘건강에 대한 바른 가치를 세우고, 현실에 가장 적절한 해답을 찾아 미래를 바라보며 비전을 추진할 수 있는 사람’이라고 정의해 본다.

지역사회에서의 일차의료 시범사업에 거는 기대

조 현 호

대한의사협회 의무이사
hyuho@hanafos.com



〈편집자 주〉 지역사회 일차의료 시범사업이 2차년도에 접어들었다. 지난 7월 15일 국가NCD 관리정책 심포지엄에서 나온 1차년도에 대한 평가는 대체로 긍정적. 만성질환자에게 체계적인 교육과 상담서비스를 제공함으로써 일차의료 활성화의 가능성을 확인했다는 게 중론이다. 그러나 한편으론 이 사업이 안정적인 제도로 자리 잡으려면 의사의 참여도를 높일 수 있도록 인센티브와 홍보 등 정책적 배려가 필요하다는 목소리도 높다. 일차의료의 장점을 극대화하는 효과적인 만성질환 관리모델로 발전하기 위한 과제들을 짚어본다.

우리나라의 고혈압, 당뇨병 환자는 2010년 기준으로 이미 1천만 명에 달하며, 인구 고령화로 인해 2030년에는 1680만 명에서 2천만 명으로 30세 이상 인구의 절반을 차지할 것으로 예상된다. 하지만 고혈압, 당뇨병 관리 실패에 따른 뇌졸중 등 중증화로 인한 입원환자가 OECD 평균의 2배에 달하며 사망률 또한 고혈압, 당뇨병, 심뇌혈관질환으로 인한 경우가 전체 사망 원인의 1/4 이상을 차지할 정도로 높다. 이러한 고혈압, 당뇨병 합병증 증가는 삶의 질 저하, 가족부담 증가, 국가재정 부담 증가로 이어지고 있어 국민건강수호와 튼튼한 국가보건의료체계 유지를 위한 만성질환 관리는 필수 사항이며 시대적 요구이기도 하다. 세계보건기구와 유엔도 인류 보건의료정책의 최대 목표를 ‘전염병 퇴치’에서 ‘만성질환 관리’로 전환 하였으며 만성질환 증가에 가장 효율적인 대응 방법으로 일차의료 역량강화와 지역사회 서비스 연계 방안을 제시하였다.

현재 우리나라의 만성질환 관련 체계를 살펴보면 만성질환 조기진단을 위한 국민건강보험공단 건강검진 제도와 만성질환 합병증 관리를 위한 노인요양보험제도가 있다. 이들은 각각 독자적인 체계와 예산을 확보하고 있다. 반면에 가장 중요한 만성질환 예방과 관리를 위한 체계적인 제도는 미

“약물치료에 집중할 수밖에 없는 것이 현실이다. 그 이유는 우선 의원급 의료기관에 적합한 체계적인 교육 자료가 없는 문제점이 있고 초진료 보다 30%가 낮은 재진료 적용만 받는 역차별적인 구조에 기인한다.”

미한 실정이다.

고혈압, 당뇨병 환자들은 본인의 건강관리를 위해 연간 평균 8~9회 정도로 꾸준히 의료기관을 방문하고 있다. 하지만 진료 현장에서는 만성질환의 중장기적 합병증 예방을 위해 필수적인 질병과 건강생활 실천에 관한 교육·상담은 많이 부족한 실정이며 약물치료에 집중할 수밖에 없는 것이 현실이다. 그 이유는 우선 의원급 의료기관에 적합한 체계적인 교육 자료가 없는 문제점이 있고 교육·상담에 대한 수가가 거의 없을 뿐만 아니라 오히려 초진료 보다 30%가 낮은 재진료 적용만 받는 역차별적인 구조에 기인한다.

2007년부터 고혈압, 당뇨병을 잘 관리하기 위한 고혈압·당뇨병 등록관리사업, U-health 시범사업, 건강관리서비스 시범사업, 서울시 대사증후군 관리사업, 의원급 만성질환관리제 등 여러 사업이 꾸준히 있어 왔으나 질적 수준에 대한 환자의 만족도 저하, 정책 적용범위의 한계, 관주도에 대한 의료계의 거부감 등으로 인해 만족스러운 결과를 얻지 못하였다.

2013년 11월부터 준비된 이번 지역사회 일차의료 시범사업은 의료계의 ‘의원주도형 환자단위 만성질환 관리제’ 즉 의원이 사업 개발과 제공, 평가의 주체가 되고 기존의 질환중심이 아닌 환자중심의 건강문제를 관리하자는 연구안과 보건복지부의 건강 플랫폼 사업 모델이 결합하여 기본 골격을 이루게 된다. 하지만 의료계에 만연해 있던 정부에 대한 불신 때문에 시범사업 지역에서조차 반대 여론이 압도적으로 많았다. 하지만 사업의 필요성과 의료계 주도라는 점이 수용되어 대한의사협회는 관주도 배제, 진정한 일차의료 활성화에

기여, 원격모니터링 배제라는 전제하에 조건부 찬성을 하였고 시범사업 지역에서도 적극적인 참여가 일어났다.

2014년 11월부터는 3년 예정으로 전주, 원주, 무주, 중랑구 4개 지역에서 본격적으로 시범사업이 진행되고 있으며 현재 160여개의 의원과 만여명의 환자들이 시범사업에 참여하고 있다. 사업 내용은 고혈압, 당뇨병 관리를 위해 의사들이 연간 4회에 걸쳐 질병에 대한 이론적 교육을 1대 1로 실시하고 생활습관 개선을 위한 교육은 의원 내 또는 건강동행센터에서 이루어지는 구조이다.

지역사회 일차의료 시범사업의 정책적 방향은 일차의료 활성화를 통해 만성질환 관리를 도모하는 것이다.

이번 시범사업의 차별적인 특징은 의료계가 주도하고, 일차의료를 담당하는 의원급 의료기관과 환자분들이 자율적으로 참여하며, 진찰료 외의 교육상담에 대해 수가를 지급한다는 점이다. 실제로 중앙의 시범사업 추진단과 4개 시범사업 지역의 운영 주체인 지역운영위원회 모두 과반수 이상이 의사들로 구성되어 있어 그 어느 때보다 전문가의 목소리와 현장의 목소리가 시범사업에 적극 반영되고 있다.

가. 시범사업이 10개월 정도 진행된 현재 몇 가지 긍정적인 현상이 나타나고 있다.

첫째, 참여한 환자들과 의사들의 호응도가 높다는 점이다. 만성질환 관리는 구조적으로 의사나 환자에게 일정부분 적지 않은 부담이 갈 수 있기 때문에 이번 시범사업 참여 여부는 전적으로 의사, 환자의 자율적 판단으로 결정된다. 지금까지 자발적으로 시범사업에 참여한 환자들 90% 이상

“생활습관 개선을 위한 교육은 의원 내 또는 건강동행센터에서 이루어지는 구조이다. 지역사회 일차의료 시범사업의 정책적 방향은 일차의료 활성화를 통해 만성질환 관리를 도모하자는 것이다. 실제 참여의원 비율이 높지 않다는 점은 사업 구조상 문제점이 있음을 뜻한다. 문제가 되는 부분을 과감히 개선하여 의사, 환자 모두에게 추가적인 동기부여가 될 수 있는 작업이 반드시 필요하다.”

이 만족도를 나타내고 있고 의사들도 의사 주도의 사업진행과 내용에 대해서는 80% 이상이 긍정적인 시각을 보여주고 있다.

둘째, 의사·환자 간 신뢰 관계가 개선되고 있다는 점이다. 기존의 3분 진료와는 달리 10장 정도의 교육 자료를 충분히 설명하는 등 늘어난 진료시간 인한 효과가 나타나고 있다.

셋째, 의원급 의료기관에서 제공되는 서비스의 질이 향상되고 있다는 점이다. 체계적으로 만들어진 교육 자료를 통해 정확한 정보를 제공해 줌으로써 의원급 의료기관의 경쟁력 향상에 도움이 되고 있고 추후 의원의 경쟁력이 충분히 향상된다면 대형병원 쏠림 현상으로 왜곡된 의료전달체계 개선에도 많은 도움을 줄 수 있을 것이다.

넷째, 건강동행센터에서 영양, 운동, 금연에 대한 심화된 실천 교육·상담이 이루어짐으로써 환자 만족도 및 생활습관 개선 효과를 얻을 수 있었다는 점이다. 이로써 지역 연계사업 효과의 가능성을 확인하였다.

나. 반면 이번 시범사업에서 시급히 개선되어야 할 문제점들도 있다.

첫째, 시범사업 2주년이 다가오면서 새로운 추진 동력이 필요하다는 점이다. 시범사업 출발 초기에는 지역의사회의 적극적인 참여 권유로 시범사업 등록기관이 예상보다 많았지만 이후 등록 의원이 크게 늘지 않고 있으며 실제 참여의원도 등록의원의 60% 수준에 머물고 있다. 등록의원 수가 정체되고 실제 참여의원 비율이 높지 않다는 점은 사업 구조상 문제점이 있음을 뜻한다. 문제가 되는 부분을 과감히 개선하여 의사, 환자 모두에게 추가적인 동기부여가 될 수 있는 작업이 반드시 필요하다.

둘째, 사업 홍보 부분이다. 사업의 긍정적인 효과가 나타나고 있음에도 불구하고 시범사업 지역 내에서의 인지도가 아직 크게 높지 않은 실정이다. 의사, 환자의 자발적인 참여증가는 시범사업의 큰 힘이 될 수 있으므로 다양한 방식의 홍보가 필요하다. 또한 추후 건강보험 급여화에 대비하여 국민과 의료계뿐만 아니라 여러 단체에 설명을 드리고 의견을 구하는 노력도 중요하다.

현재 의원급 의료기관은 대형 병원급 의료기관으로의 환자 쏠림 현상과 보건소의 고유 업무인 지역사회의 건강증진, 예방·관리와는 무관한 무

**“지속적으로 서비스 모델을 개발하고
고혈압·당뇨병 등록관리사업 등
기존 사업들이 가지고 있는 장점들과
결합한다면 효율적인 한국형 모델을
만들어낼 수 있을 것이다.”**

분별한 일반 진료 행위, 무료 검사 등 선심성 행정으로 인해 날이 갈수록 운영이 어려워지고 있다. 10여 년 전에 비해 의원급 의료기관의 전체 국민건강보험공단 재정에서 차지하는 비율은 20% 초반대로 절반 수준으로 줄어들었다.

의원급 의료기관의 몰락은 결국 환자들의 편의성에 문제가 발생하고 진료비가 상대적으로 높은 병원급 위주의 진료로 인해 전체 의료비용도 상승하게 되므로 이러한 문제들은 정책적인 개입이 반드시 필요하다. 즉 의원급 의료기관에서 제공되는 서비스 질 향상을 통해 의원들이 차별화된 경쟁력 확보가 가능하도록 하여야 한다.

이번 시범사업의 완성도를 높이기 위해 지속적으로 서비스 모델을 개발하고 고혈압·당뇨병 등록관리사업 등 기존 사업들이 가지고 있는 장점들과 결합한다면 효율적인 한국형 모델을 만들어낼 수 있을 것이다. 이를 통해 고혈압, 당뇨병 합병증을 감소시키고 고령화에 따른 의료비의 막대한 증가도 상당부분 해소할 수 있을 것이다.

이번 시범사업의 또 다른 의의는 깊은 의·정 불신관계를 신뢰관계로 전환하는 하나의 계기가 될 수 있다는 점이다. 튼튼한 보건의료체계 구축을 위해서 의·정 신뢰회복은 그 무엇보다 중요하다. 이번 시범사업에서 의료계는 정부를 신뢰하면서 시범사업의 성공을 위해 많은 노력을 하고 있다. 정부도 의료계 주도로 일차의료 활성화와 만성질환 관리를 하겠다는 애초의 취지를 일관되게 유지하고 앞으로도 왜곡되지 않도록 세심하게 홍보해야 할 것이다. 만일 또다시 관주도로 변질된다거나 정부가 원하는 새로운 의료제도로 가기 위한 과정이라는 오해를 살 수 있는 일들이 벌어진

다면 사업은 한순간에 물거품이 될 것이다. 또한 과감한 재정투자라는 밑거름을 통해 국민건강수호와 의료비 지출감소라는 큰 열매를 맺도록 하여야 한다. 아무쪼록 이번 시범사업이 국민의 건강과 국가 재정 건전화에 기여하고 의원급 의료기관의 질 향상을 통한 경쟁력 강화, 의료의 본질적 가치와 무너진 의사들의 자존감이 회복되는 작은 시발점이 되길 희망한다.

**“튼튼한 보건의료체계 구축을 위해서
의정 신뢰회복은 그 무엇보다 중요하다.
오해를 살 수 있는 일들이 벌어진다면
사업은 한순간에 물거품이 될 것이다.”**

메르스 사태로 본 감염관리기금 조성의 필요성

김 계 현

의료정책연구소 부연구위원

kh615@kma.org



〈편집자 주〉 대한의사협회는 지난 7월 ‘국가 감염병 예방관리 선진화 중장기계획’의 하나로, 의료기관 감염병 예방관리와 시설투자를 확대하기 위한 감염관리기금 조성을 제안한 바 있다. 의료기관 감염관리 인프라(시설, 장비, 용품) 확충과 지자체별 격리시설 확충, 감염대비 보호장비 비축, 신종감염병 관련 연구 및 지침 개발 보급 등이 제대로 이뤄지려면 재정 지원은 필수다. 선진국의 사례를 살펴 우리나라 감염병관리기금 운영방안을 모색해본다.

1. 들어가며

2015년 5월 20일 국내 첫 환자가 발생하면서 시작된 메르스 사태는 한국 사회에 큰 충격을 안겨주었다. 이번 메르스 사태는 보건당국의 미흡한 초동대처와 부실한 방역역량, 감염병과 관련된 우리나라 보건의료체계의 인프라 부족 등의 문제로 인해 국민의 생명·신체·재산에 중대한 피해가 발생하였고, 환자 및 격리자, 의료기관 등 개별적 손실 뿐 아니라 국가경제도 침체되는 등 엄청난 사회경제적 손실을 입힌 것으로 나타났다.¹⁾ 특히 메르스 사태에서 부각된 감염관련 인프라 취약으로 인한 병원 및 응급실에서의 감염확산은 우리나라 의료기관의 감염관리 수준을 확인시켜 주었고, 의료기관 내 감염관리의 중요성을 일깨우는 계기가 되었다. 이를 개선하기 위해 현재 건강보험정책심의위원회(건정심)를 중심으로 감염관련 보험급여항목의 개선과 수가 현실화 등의 논의가 시작되고 있으나, 감염병 발병과 확산을 일련의 재난으로 보고 이를 대비하기 위한 기금 조성의 필요성도 제기되고 있다. 즉 건강보험체계 내에서 일부 관련 수가를 개선하는 방법보다는 장기적으로 국가의 감염병 예방관리 역량을 강화하고, 의료기관들의 감염병 예방관리를 지원할 수 있는 체계를 수립하는 것이 필요하다는 것이다. 물론 기금이란 관련 법률 및 예산과의 관계 등을 면밀히 분석하여 해당 기금의 설치 근거와 조성 방안, 기금의 사용 등을 검토해야 하나, 본 고에서는 지면관계상 현재 우리나라 메르스 사태에 비추어 현황을

검토하고, 최근에 감염기금 확대를 발표한 미국의 예를 중심으로 우리나라에서의 감염관리기금의 필요성을 검토하고자 한다.

2. 기금의 개념과 요건

정부의 재정활동은 주로 일반회계, 특별회계 등 예산에 의해 운용되는데, 특정한 분야의 사업에 지속적이고 안정적인 자금지원이 필요한 경우 예산과 다르게 별도로 정부가 직접 기금을 조성하여 운용하거나 민간이 조성하여 운영하는 기금에 출연함으로써 정부의 정책목적을 달성하고 있다.

기금은 일정한 재원을 특정 목적의 달성을 위해 설치함으로써 예산에 구애받지 않고 특정한 행정목적 달성을 위한 기금관리 주체가 자율적으로 관리·운용하여 경제상황의 변천에 신속하게 대응하고, 국민의 다양한 욕구를 충족시키기 위해 설치된다. 이로 인해 기금이란 복잡다기하고 급변하는 현실에서 국가의 특수한 정책목적을 실현하기 위하여 예산원칙의 일반적인 제약으로부터 벗어나 좀 더 탄력적으로 운용할 수 있는 특정자금이라고 정의할 수 있다.²⁾

기금은 하나의 단독적인 정책도구라기 보다는 정부의 다양한 재정적 정책도구(policy tool)를 활용하기 위한 재원확보 방식의 하나로 볼 수 있는데, 일반재정과 달리 특정한 사업이나 목적을 위해 특정한 자금을 운영하게 하는 기금의 특성상 정책도구로서의 가치가 크다고 할 수 있다.³⁾ 또한 예산은 당해 연도에서의 국가적 공적 사업과

1) 국회 중동호흡기증후군 대책 특별위원회, 활동결과보고서, 2015.7, 198면.

2) 기획재정부, 기금현황, 2009.

3) 이민호, 우리나라 행정개혁의 정부간 비교: 기금개혁과 규제개혁에 따른 정책도구적 접근, 한국행정연구원, 2009.

그에 대한 재정지출의 계획을 의미하는 것인데 반해, 기금은 현재와 미래에 지속적으로 수행되어야 할 특정 사업에 대한 자원이라는 점에서 사업추진에 대하여 정치권력의 의사결정으로부터 자유로울 수 있는 제도적 장치이기도 하다. 이러한 특징 때문에 기금은 특정한 공적 활동을 장기적·지속적으로 지원하는 것에 대한 국가의 대 국민적 약속, 국민의 국가에 대한 신탁적 요소를 가진다고 할 수 있다.⁴⁾

특히 기금의 경우 기금운영계획 수립에서부터 집행, 결산에 이르기까지 전반적인 기금운용 과정에서 기금관리 주체에 재량권이 보장될 뿐 아니라 보다 탄력적이고 신축적으로 운용할 수 있는 특성이 있다.

기금은 설치 목적에 따라 사업성 기금, 금융성 기금, 사회보험성 기금, 제정성 기금으로 분류되는데 이중 예산사업과 유사한 내용의 특정한 목적 사업을 수행하는 사업성 기금의 대표적인 예가 국민건강증진기금이라 할 수 있다.⁵⁾

**“일부 관련 수기를 개선하는 방법보다는
장기적으로 국가의 감염병 예방관리
역량을 강화하고,
의료기관들의 감염병 예방관리를
지원할 수 있는 체계를 수립하는 것이
필요하다.”**

3. 감염병 관련 예산 현황과 문제점

2015년 보건복지부 예산은 53조 4,725억 원으로 이중 감염병 관련 예산은 총 23개 사업의 4,024억 원, 전체 보건복지부 예산 규모의 약 7.5% 수준이다. 이는 2014년 총 3,139억 원에서 885억 원이 늘어난 규모이다.⁶⁾ 특히 감염병과 직접적으로 관련 있는 예산은 총 635억 원으로 메르스 등 감염병 예방과 관리에 52억 원, 신종 감염병 대책에 34억 원, 감염병 위기 대응 기술개발에 218억 원 등 558억 원이 편성되었다. 또한 격리치료병상 확충 등 시설 관련 사업과 정보화 예산 등에 77억 원이 편성되었는데, 여기에는 신종 감염병 입원치료병상 확충과 유지에 15억 원, 신종 감염병 국가격리시설 운영 등에 9억 원이 포함된 것이다.⁷⁾

한편 2016년도 보건복지부 예산안에서는 감염병 예방과 대응 등에 대한 예산이 33% 늘어나 5,476억 원이 편성되었다. 이는 메르스 사태로 감염병 대응에 대해 국가적인 경각심이 올라간 데 따른 것이라는 평가이다. 2016년 예산안에는 해외의 감염병 유입을 일차적으로 차단할 국제공항 검역소의 검역장비 보강 등 검역관리 예산을 55억 원에서 111억 원으로 증액하였고, 항바이러스제 교체 등에 512억 원, 신·변종 감염병 백신과 치료제 개발 등 연구개발에도 410억 원을 지원한다. 특히 200억 원을 들여 긴급 상황실을 신설하

4) 이호용, 공중위생업의 육성을 위한 기금조성방안, 한양법학, 20(2), 2009, 305-327면.

5) 지광석 외, 소비자권익증진기금의 설치 및 운용방안, 한국소비자원, 2012, 34면.

6) 이중 예산은 33조 2,300억 원, 기금은 20조 2,4525억 원(국민건강증진기금 27,357억 원, 응급의료기금 2,293억 원, 국민연금기금 172,775억 원)이다.

7) 기획재정부 보도자료 2015. 6. 5. 메르스 등 감염병 관련 예산 현황.

고, 감염병 콜센터(109)를 상시화해 24시간 감염병 감시체계를 구축하며, 감염병 진단을 담당하는 국립보건연구원과 시도보건환경연구원에는 110억 원을 투입해 관련 시설과 장비를 확충하기로 했다.⁸⁾ 그러나 증액된 예산에도 문제는 많다. 정부가 국회에 제출했던 2015년도 질병관리본부 편성 예산안을 살펴보면 감염병 사업 예산이 약 3,704억 원이 배정됐지만 감염병 예방관리는 5억 원 증가하는데 그치고, 중증급성호흡증후군(SARS) 등 신종 감염병 대책은 오히려 약 1억 원이 삭감됐다. 메르스에 대한 격리 문제가 대두되고 있는 가운데 신종 감염병 국가격리시설 운영 예산 또한 9억 1200만 원으로 전년 대비 6%가 깎였다. 또한 병원 내 환자와 의료진을 외부와 격리해 메르스 확산 대안으로 나오고 있는 코호트(cohort) 격리 관련 예산도 전년 대비 5% 삭감됐다. 예산뿐 만 아니라 감염병 관련 사업에 대한 문제도 지적됐지만 제대로 검토되지 못했다. 국회는 지난해 질병관리본부의 감염병 예산을 재원배분에서 우선순위에 두고, 지출규모를 증가할 필요가 있다고 지적했지만 받아들여지지 않았다.⁹⁾

메르스 사태를 통해 감염병 관련 예산이 확대되긴 하였으나 전체적인 보건복지부 예산으로 볼 때 감염병 관련 투자의 우선순위는 낮고 절대액도 부족하다. 예산의 부족은 신종 감염병이 발생했을 때 과감한 선제적 조치를 하기 어렵게 만들기도 한다. 또한 한정된 예산규모 안에서 메르스와 같은 일종의 사건이 발생하여 한 쪽의 예산이 확대되게 되면 보건의료분야의 또 다른 쪽의 예산은

“메르스에 대한 격리 문제가 대두되고 있는 가운데 신종 감염병 국가격리시설 운영 예산 또한 9억 1200만원으로 전년 대비 6%가 깎였다. 국회는 지난해 질병관리본부의 감염병 예산을 재원배분에서 우선순위에 두고, 지출규모를 증가할 필요가 있다고 지적했지만 받아들여지지 않았다.”

줄어들게 되어 다음 해 어떠한 문제가 발생할지 모르게 된다. 특히 신종 감염병은 그 발병의 예측이 불가능하고, 이를 예방·관리하기 위한 소요비용 역시 예측이 불가능하여 안정적인 예산을 확보하기에는 어려움이 많다.

4. 미국 CDC의 감염기금 확대 발표

우리 정부가 사실상 메르스 종식을 선언한 며칠 후인 2015년 8월 3일 미국 질병통제예방센터(Center for Disease Control and Prevention, CDC)는 감염병 대응을 위한 1억 1,000만 달러(한화 약 1,300억 원) 규모의 감염기금 확대를 발표하였다.

미국은 CDC를 비롯한 관련 조직의 감염병 발생 시 지휘체계와 대응 능력, 그 조직의 위상 및 예산 규모 등이 이미 가장 선진화된 나라임에도 불구하고 감염병 확산에 보다 신속하게 대응하고 국민의 건강을 보호하기 위해 관련 기금을 확대한다는 것이다.

8) 기획재정부 보도자료 2015. 6. 5. 메르스 등 감염병 관련 예산 현황.

9) <http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2015060511045709804>

메르스 사태 당시 우리나라 질병관리본부와 비교된 CDC는 인력 1만 5천여 명, 2015년 한해 예산이 113억 달러(약 12조 5000억 원)에 달하는 것으로 알려진 바 있다(CDC 산하 기구들의 예산까지 합한 금액임).¹⁰⁾

이번에 확대조성이 발표된 CDC의 감염기금은 ‘감염병을 위한 역학과 실험실 협력 협정(Epidemiology and Laboratory Capacity for Infectious Diseases Cooperative Agreement, ELC)’에 근거하고, 전체 확대 기금규모의 절반은 2010년 통과된 미국의 오바마케어법 즉 ‘환자보호 및 적정의료법’에서 규정된 ‘예방 및 공중보건기금(Prevention and Public Health Fund)’에서 조달된다.

특히 ELC는 1995년 시작된 CDC 감염병 예방 관리 전략 중 하나로 감염병 발생시 각 지역의 역학 및 실험실, 정보시스템 등 관련 인력과 조직들이 협력을 통해 미국민들의 건강과 안전을 보호하는 것을 목표로 한다.

ELC의 주요 활동으로는 다양한 CDC 프로그램의 관련 활동에 대해 자금 및 기술을 지원하고, 국가전자질병감시시스템, 식품매개질환, 항생제 내성 및 의료관련감염, 신종 감염병에 대한 대응 등의 역할을 수행해왔다.

한편 이번 감염기금 확대의 배경은 미국에서도 다양한 신종 감염병의 위협이 확산됨 따라 감염 및 이로 인한 사망을 예방하고, 주(state)와 지역단위의 보건부서들이 감염병에 신속하게 대응할 수 있는 기반을 마련하기 위함이다.

이 기금은 감염성 질환의 감독과 확산에 대한

대응, 공중보건실험실, 보건정보시스템, 인수공통질병 및 매개체감염, 식품매개질환, 백신으로 예방 가능한 감염병, 인플루엔자와 의료관련감염 등의 방지를 위해 사용된다. 또한 해당 기금은 미국 50개의 주(state) 보건부서, 6개의 지역 등의 보건부서에 전달되어 각 주들이 감염병 예방 및 관리를 위해 보다 나은 개입 및 중재 활동을 지원·확대하기 위해 활용되는데, 역학전문가, 실험실 전문가, 각 주의 보건정보시스템 관련 직원들의 인건비도 지원하게 된다. 그 밖에 ELC 메커니즘을 통해 의료관련감염 및 항생제 내성 증가의 문제, 관련 연방기관 및 민간단체에 대한 지원도 확대한다.

5. 감염관리기금의 필요성

1) 감염관리의 중요성

감염관리의 중요성과 대상 범위는 확대되고 있다. 기존의 ‘병원감염’이라는 용어 대신 ‘의료관련감염’으로 확대·정의되고 있고, 환자안전의 측면에서 감염관리의 중요성이 더욱 강조되고 있다.

‘의료관련감염’이란 입원 당시에 없었던 혹은 잠복하고 있지 않았던 감염이 입원기간 중 발생한 것으로 환자 뿐 아니라 병원에서 발생하는 직원들의 감염도 이에 포함된다. 의학의 발전과 함께 감염에 취약한 노령인구의 증가, 만성질환자의 증가, 항암제 및 면역억제제의 사용으로 인한 면역부전환자의 증가, 항생제 사용증가가 병원감염의 증가와 밀접한 관계를 갖고 있으며 인공호흡기, 중심정맥관, 유치 도뇨관 등을 이용한 각종 침습

10) 동아일보 2015. 6. 20. 보도. 질병관리본부 해부

적 의료처치 이용 확대로 인해 감염에 노출될 위험이 증가하는 것도 원인이 되고 있다.¹¹⁾

미국 SENIC(Study on Efficacy of Nosocomial Infection Control)의 연구에서 알려진 바와 같이 체계적인 감염발생의 감시, 감염관리 교육, 감염관리 전문인력 고용 등의 감염관리 활동은 병원감염률을 32%까지 감소하는 시킨다고 보고되어 감염관리의 중요성을 확인한 바 있다.¹²⁾ 의료관련감염의 증가는 입원기간을 장기화하고 사망률을 증가시키며 인적, 경제적 손실을 초래하고, 다약제 내성균 등 항생제 내성균의 확산을 야기함으로써 국민 건강에 큰 위협이 되고 있어 이를 감소시키기 위한 전략이 필요하다.

한편 외부적으로는 우리나라도 이번 메르스 확산 사태를 통해 신종 감염병 및 감염관리에 대한 적절하지 못한 대응이 얼마나 큰 사회적 손실과 비용을 야기하는지 경험하였다.

특히 보건의료분야에서 감염병은 외부효과가 존재하는 대표적인 사례로 감염병의 부정적인 외부효과를 최소화하기 위해서는 적절한 국가의 개입이 필요하다. 또한 감염병의 발생은 국민의 건강상 위해라는 직접적인 문제 이외에도 감염병의 치료와 관리 그리고 감염병으로 인해 생산 활동에 참여하지 못하는 간접적인 사회적 부담까지 가중시켜 국민적 손실을 초래할 수 있으며, 지속적이고 체계적인 관리가 이루어지지 못할 경우 국민은 물론 국가적 부담은 더욱 커질 수 밖에 없다.¹³⁾

한편 최근 10여 년간 세계적으로도 사스, 인플루엔자, 에볼라 등 신종 감염병의 유행을 경험했

“보건의료분야에서 감염병은 외부효과가 존재하는 대표적인 사례로 감염병의 부정적인 외부효과를 최소화하기 위해서는 적절한 국가의 개입이 필요하다. 감염관리는 건강증진 개념으로 지속적으로 관리되어야 하는 분야이다. 단기간 지원되는 예산으로는 장기적이고 체계적이며 일관성 있는 정책을 집행할 수 없으므로 지속적인 재정지원이 뒷받침 되어야 한다.”

고, 새로운 바이러스 변이는 종(species)간과 국가의 경계를 넘어 전 세계에 인명피해와 사회·경제 전반에 걸친 막대한 손실을 초래하였으며, 연이은 신종 감염병의 출현은 공중보건학적 위기 가능성을 증대시키고 있다. 즉 신종 감염병의 발생은 더 이상 한 국가차원의 문제가 아니라, 국제수준에서의 감염병 대비 역량 강화 및 대비태세의 필요성을 절실하게 하고 있다.

2) 감염관리기금 조성의 필요성

감염관리의 중요성, 감염확산의 파급력, 감염관리활동이 불특정 다수를 위한 것이라는 점, 특히 신종 감염병은 그 발병의 예측이 불가능하고, 이를 예방·관리하기 위한 소요 예산의 예측이 불가능하여 안정적인 예산을 확보하기에는 어려움이 많다는 점 등을 고려할 때 감염관리는 한시적인 사업이 아니라 국민의 건강보호 개념으로 지속

11) 최정현, 병원감염의 법적측면, 대한내과학회지 76(2), 2009, p.s286.

12) <http://cdc.go.kr/CDC/contents/CdcKrContentView.jsp?cid=14706&menuIds>

13) 보건복지부·KOFI, 감염병 조사·감시체계 구축 프로그램, 2014. 35면.

적으로 관리되어야 하는 분야이다. 즉 단기간 지원되는 예산으로는 장기적이고 체계적이며 일관성 있는 정책을 집행할 수 없으므로 지속적인 재정지원이 뒷받침 되어야 한다.

감염관리기금의 필요성은 감염병의 예방과 관리를 위한 인프라 확충 및 이를 위한 재원의 문제, 신종 감염병 확산 또는 공중보건 위기상황 시 피해구제 등의 문제와도 관련이 있다. 특히 의료기관의 90%가 민간의료기관인 우리나라 현실에서 신종 감염병의 예방과 관리의 책임까지 민간의료기관에 전가해서는 안 된다. 이에 신종 감염병에 대비한 시설, 장비 등 공공의료 인프라를 확충하고, 지역별 감염병 대응역량을 강화하며, 일선 의료기관의 감염예방관리 활동을 지원하기 위해서도 재원이 확보되어야 한다.

메르스 사태를 겪으면서 ‘감염병의 예방 및 관리에 관한 법률’의 개정을 통해 관련 피해보상 및 국고부담경비의 규정이 개정된 바 있으나, 한발 더 나아가 국가차원의 감염병 예방 및 관리를 위한 기금을 조성하여 보다 안전한 국가를 만드는 기반을 마련할 필요가 있다.

6. 나가며

메르스 사태를 겪으며 신종 감염병의 예방과 관리는 안보만큼 중요하다는 인식이 확산되었다. 그러나 정부의 후속조치들은 전문가들이 지적한 수많은 해결방안의 일부만을 수용하는 미봉책에 그치고 있다. 특히 건강보험체계 안에서 관련 수가를 조금씩 인상하는 차원에서 문제를 해결해서는 안 된다.

감염병 및 공중보건위기 관련 인프라 특히 인

력, 시설, 장비 확충을 위한 재원을 확보하고, 지역 단위 감염병 대응 역량 강화를 위한 세부 정책도 마련해야 한다. 이러한 상황에서 미국의 감염기금 확대 발표는 우리에게 시사하는 바가 크다. 이미 CDC를 중심으로 훌륭한 조직과 인프라를 갖추고 있음에도 불구하고 신종 감염병의 위협으로부터 자국민들의 건강과 안전을 보호하기 위해 관련 기금을 확대하여 지역단위의 대응 역량을 강화하고, 이를 위한 지원을 아끼지 않겠다는 의지 자체가 그러하다.

이에 우리 정부도 대한의사협회가 제안한 ‘감염관리기금’의 신설을 전향적으로 검토해 볼 만하다. 대한의사협회는 ‘국가감염병 예방관리 선진화 중장기계획(안)’ 제안을 통해 ‘국민의 안전을 담보하기 위해 감염병 예방관리 전 분야에 걸친 정부차원의 지원강화’를 중장기계획 아젠다로 선정하고, 이를 실행하기 위한 ‘감염관리기금’ 신설을 제안한 바 있다. 즉 감염관리기금을 조성하여 의료기관의 감염관리 인프라(시설, 장비, 용품) 확충 지원(무상지원, 저리용자 등), 감염병 관련 전문인력 양성 및 교육훈련에 활용, 감염병 관련 정보체계 및 국제공조체계 구축, 지자체별 격리시설 확충, 신종 감염병 관련 연구개발, 신종 감염병 관련 지침 개발 및 보급 등에 활용할 것을 제안하였다.

이번 메르스 사태는 감염병에 대응한 우리나라 의료체계의 취약점을 적나라하게 보여준 것으로 그 원인과 문제점을 정확하게 진단하고 이를 개선하지 않으면 공중보건위기의 상황은 되풀이 될 수밖에 없다. 이에 국민의 안전을 위해 감염예방관리 인프라를 확충하고 국가 방역체계를 공고히 하기 위한 감염관리기금 설치에 대해 정부 당국의 전향적인 검토를 기대한다.

건강보험 급여 보상 개념의 변화와 방법의 다양화

이 평 수

의료정책연구소 연구위원

corbal@nate.com



〈편집자 주〉 보건복지부는 지난 9월부터 메르스 피해로 눈덩이처럼 불어난 의료기관에 대한 손실보상과 긴급 지원자금 융자에 나서고 있다. 수가 인상 방안도 있지만 그것만으론 턱없이 부족하다. 수가는 기본적으로 진료행위에 대한 보상일 뿐이다. 의료기관이 갖춰야 할 제반 필수시설들은 진료를 하든 안하든 지속적으로 유지되고 확충돼야 하는데, 이에 대한 별도의 지원이나 보상은 전무한 게 사실. 메르스로 인한 의료기관 손실을 하루속히 보정해야 경영난과 폐업을 막고 국민건강도 방어할 수 있다.

건강보험의 궁극적인 목적은 가입자인 국민에게 적정 급여를 제공하여 국민의 건강을 보장하는 것이다. 건강보장을 위한 활동 즉, 건강보험에서 일컫는 급여에는 예방, 증진, 진단, 치료, 재활과 요양 등이 포함된다.

건강보험 급여를 위해서는 급여라는 서비스 제공을 위한 인력, 시설, 장비, 기술과 물자 등 인프라가 구축되어야 하고, 이들 인프라를 조직화한 활동이 수행되어야 한다. 국민의 건강을 보장하기 위한 적정 급여를 위해서는 인프라가 양적으로 충분하여야 함은 물론, 질적으로 일정 수준을 보장하여야 하며, 이용의 편의를 위하여 필요한 인프라가 지역적으로 균등하게 분포되어야 한다.

급여를 위한 인프라가 적절하게 구축된 상태에서 양질의 급여가 제공되기 위해서는 급여에 대한 적절한 보상이 전제되어야 한다. 급여에 대한 보상을 일반적으로 의료비 지불제도라고 한다. 지불 제도는 무엇에 대하여 어떻게 보상하느냐에 관한 것이다.

급여에 대한 보상 현황

보상의 대상은 급여에 소요되는 비용이다. 비용을 더 구체적으로 구분하면 어떤 내용을 어느 범위까지 포함할 것인가와 어느 정도 수준까지 보

“현 보상(수가)체계에는 인프라에 대한 보상이 명시적으로 구분되어 있지 않다.

현행 보상체계는 시설과 장비 등 인프라 구축에 대한 투자비 보상 개념은 없다고 할 수 있다.”

상할 것인가이다. 건강보험이 급여에 대한 대가로 보상하여야 할 비용은 크게 세 가지로 구분할 수 있다. 기본적으로 투입되어야 할 인프라 구축비용, 급여서비스 제공을 위한 인력과 기술 비용 그리고 급여서비스 제공에 소요되는약품 등 물자에 대한 비용이다.

기본적으로 갖추어야 할 인프라에는 시설과 장비가 포함된다. 현 보상(수가)체계에는 인프라에 대한 보상이 명시적으로 구분되어 있지 않다. 기본 진료료로 일컫는 진찰료나 입원료에 관리료라는 명분이 있지만 이는 인프라 구축을 위한 비용이라기보다는 구축된 인프라의 관리비 성격으로 보아야 할 것이다. 따라서 현행 보상체계는 시설과 장비 등 인프라 구축에 대한 투자비 보상 개념은 없다고 할 수 있다.

급여를 위한 인력과 기술에 관한 비용은 행위료라는 구분으로 보상되고 있다. 행위료는 통상 ‘수가’라고 통용되고 있다. 수가는 상대가치에 근간을 두며, 상대가치는 해당 행위를 행함에 소요되는 비용을 기준으로 한다. 비용 요소는 인건비, 물건비 및 관리비로 구분된다. 인건비는 전문 인력인 의사나 간호사 등 의료 관련 인력이 투입한 시간을 기준으로 한다. 물건비는 해당 행위에 소요되는 의료용 재료의 비용을, 관리비는 해당 행위에 간접적으로 기여하는 인건비나 전기료 등 부수비용을 기준으로 한다. 한편 현행 행위료에는 인프라 성격의 비용도 포함된다. 검사나 촬영의 경우 해당 장비를 취득한 투자비가 반영된다.

급여에 소요되는 물자에 대한 비용은 두 가지로 구분되어 보상된다. 하나는 행위료에 포함되는 방법으로 특정 행위를 수행함에 필수적으로 활용되는 물품이다. 이 경우는 해당 행위료의 일부분

으로 행위료에 자동적으로 포함된다. 행위와 독립적으로 사용되거나 상대적으로 고가인 경우에는 별도 보상의 대상이 된다. 약품의 대부분이 이에 해당된다.

통상 지불제도라고 하면 급여에 소요되는 비용을 보상하는 방법을 의미한다. 현행 지불제도의 주축은 행위별수가제이다. 다른 방법으로는 진단명이나 수술명에 따른 사례별 포괄수가제나 일당이나 방문당 포괄수가제가 일부 활용되고 있다. 그러나 일부 포괄수가의 보상 내용이나 범위 그리고 수준이 행위별 수가를 근간으로 책정·개발되었으며, 이들 수가를 조정하는 원칙 또한 행위별수가 조정기준에 의한다. 즉, 포괄수가의 연례적인 인상은 행위별수가의 인상과 연동되어 자동으로 조정된다. 따라서 현행 보상체계는 행위별 수가를 근간으로 하고 있다.

행위별 수가에서 보상의 수준을 정하는 기준은 상대가치점수 당 가격인 환산지수이다. 환산지수의 근간은 기존 금액별 수가(가격)를 중도에 개발한 상대가치점수로 나누어 인위적으로 책정한 금액이다. 상대가치 개념이 도입된 후 환산지수의 조정 시에 원가의 개념이 논의되었지만 보상수준의 적정성이나 정도에 대해서는 논란이 지속되고 있다. 현행 보상수준이 낮다는 것에는 대체적으로 동의하는 분위기이다. 그러나 무엇을 기준으로 어느 정도를 보상하는 것이 적정수준인지에 대해서는 이견이 많다.

현행 보상체계의 문제와 개선 시도

현행 보상체계의 문제에 대해서도 세 가지 측면에서 거론되고 있다. 보상의 대상, 방법 그리고

“차등보상 또는 별도의 지원이 필요한 상황에 ‘수가’라는 획일적인 수단만을 활용한 결과이다. 이 결과 이용자인 국민들이 적정 급여를 제공받지 못하는 상황이 발생한다.”

수준이 그것이다.

보상의 대상은 급여에 소요되는 각종 비용 요소에 대한 보상 여부 또는 정도이다. 현행 보상체계는 제공되는 개개의 행위와 물품에 맞추어져 있다. 행위라는 서비스를 제공하기 위한 인프라에 대한 보상 개념은 없다. 대표적인 것이 건물과 토지를 포함하는 시설에 대한 보상이다. 현 보상체계는 시설은 이미 존재하는 것을 활용하는 것처럼 되어있고 별도의 보상이라는 개념이 없어서 시설의 질적 향상에 한계가 있다.

보상 방법 측면에서는 모든 보상을 급여비(수가)라는 명분으로 급여 과정에서 발생하는 모든 보상의 문제를 해결하기 위하여 수가만을 활용한다는 것이다. 모든 요양(의료)기관에 공통적으로 적용되는 수가라는 수단만을 활용한 결과 획일적인 보상으로 특정지역이나 기관의 급여(공급) 상황이 반영되지 않아 공급자의 적정 공급 활동을 지원하지 못하였다. 즉, 차등보상 또는 별도의 지원이 필요한 상황에 ‘수가’라는 획일적인 수단만을 활용한 결과이다. 이 결과 이용자인 국민들이 적정 급여를 제공받지 못하는 상황이 발생한다. 급여과정에서 발생하는 문제를 수가로 해결하려는 시도와 그 부작용에 관련된 사례들도 있다.

대표적인 사례이자 방법이 수가에 가산의 개념을 적용하여 상대가치를 조정하는 것이었다. 분만

의료기관의 장려를 위하여 분만료를 상향 조정하였고, 일부 진료과의 전공의 부족을 해결하기 위하여 해당 진료과 고유 행위료를 100%까지 상향 조정하기도 하였다. 최근의 사례로는 2015년 4월에 결정된 응급의료서비스 향상을 위한 수가 조정이다. 24시간 전문의 진료를 위하여 진찰료를 2배 인상하고, 간호서비스의 질 향상을 위하여 관찰료를 중환자실 수준으로 인상하며, 24시간 수술팀 가동을 위하여 수술·시술료를 50% 가산하고 중환자 적극 수용을 위하여 입원료를 60% 가산하는 것이다.

이렇게 시도한 결과 분만료 인상으로 인구소밀 지역에 분만기관은 늘지 않았고, 일부 진료과 수가 인상으로 해당 진료과의 전공의 수도 늘지 않았다. 응급의료의 경우 제시된 수가조정이 시행되면 응급의료의 정상화 내지 적정화가 가능할 것인가? 응급의료에 대해서는 기존에도 진찰료 등 수가를 상향 조정하였고, 가산율도 높게 적용하였다. 그러나 응급의료 문제는 개선되지 않았다. 급여 제공 즉, 공급 상황을 현실적으로 반영하는 차등보상이나 별도 지원이 부재한 결과이다.

보상수준의 측면에서는 적정 수준의 보상 개념으로 원가가 지속적으로 거론되었다. 원가를 거론하기 위해서는 몇 가지 정리할 사항들이 있다. 우선 보상의 내용과 범위이다. 현행 수가에 포함되어 있지 않은 토지와 건물 등 기본 인프라에 대한 보상 원칙이 정해져야 한다. 보상 대상이 정해질 경우 보상기준 즉, 원가기준이 정해져야 한다. 원가 요소인 투자비는 물론 인건비 등은 지역이나 의료기관에 따라 그 차이가 크다. 따라서 어떤 경우의 투자비나 인건비 등을 기준을 할 것인가에 대한 의문이 제기된다. 즉, 실질원가인지 표준원

가인지에 대한 논란이다. 이러한 기준이 정해질 경우 개개 의료기관에 차등 적용할 것인지 획일적으로 적용할 것인지에 대한 논란도 예상된다. 그간 보상수준의 적정성에 대한 연구 등 검토가 있었으나 당사자 간 합의를 이루거나 객관적이라는 결과는 없었다. 이 결과 보상 수준에 대해서는 상향 조정의 방향 외에 구체적인 수준에 대해서는 방안이 없는 상태이다.

보상체계 적용 결과에 대한 검토

시설 등 인프라에 대한 보상체계의 미흡은 시설기준 등의 규제완화로 이어져 의료기관의 양적인 난립, 질적인 양극화와 지역적 편중을 초래하였다. 보상수준의 적정화를 위한 방법론과 적정 수준 판단 기준에 대한 합의 미흡 또한 인프라에 대한 보상과 더불어 의료공급의 무질서와 무한경쟁을 유발하였다. 더불어 공급자와 보험자 내지는 정부 간 갈등을 더욱 더 심화시킨 것은 물론 공급자 간 갈등도 유발하였다.

기존 보상체계의 적용 결과 중 검토하여야 할 부분은 급여과정에서 발생하는 다양한 문제를 수가의 가산 또는 상대가치의 상향 조정으로 대처하였다는 것이다. 이 결과 재정은 추가적으로 투입되면서 본래의 문제는 해결되지 않고, 부익부 빈익빈이라는 새로운 형평성의 문제를 유발하였다.

분만의 경우 절대인구나 인구구성의 한계로 분만 건수의 절대 건수가 적으나 지역의 특성을 고려하여 분만의료기관이 반드시 필요한 지역이 있다. 이런 기관은 해당 지역의 분만을 모두 담당하여도 분만을 위하여 갖추어야 할 비용을 분만급여비로 충당할 수 없다. 즉, 경제규모는 안되지만

분만 기능이 필요한 지역의 의료기관에 분만 수가의 인상이 도움이 될 것인가? 반대로 이러한 기관을 고려한 분만수가의 인상은 분만 건수가 경제규모를 넘는 인구밀집지역의 기관에게는 추가수익을 제공하게 된다. 결과적으로 분만수가의 인상 효과는 필요한 기관에는 돌아가지 않고 엉뚱한 기관에 추가수익을 안겨주는 역효과를 유발한다.

응급의료의 경우는 분만의 경우와 동일한 현상이 나타나지만 그 정황은 보다 절실하다. 응급의료의 적정 서비스를 위해서 응급의료팀은 항상 준비 상태에 있어야 한다. 환자수가 절대적으로 적은 지역에서도 응급医료를 포기할 수는 없다. 응급의료 관련 수가를 평균적으로 인상할 경우 경제규모가 안 되는 지역의 응급의료 활성화를 기대하기는 어렵다.

일부 진료과의 전공의 부족을 해결하기 위한 수가인상도 마찬가지이다. 전공의 부족을 해결하여야 할 기관은 지역 내지는 국가 차원에서 전공의의 확보가 필요한 진료과 중 육성 대상인 기관이다. 이러한 진료과와 기관을 선별하는 기준 없이 전공의 확충을 위한 지원을 하는 것은 재정의 낭비는 물론 공급체계의 혼란을 초래한다. 해당 진료과의 수가가 인상된다고 해서 전공의 수련자가 늘어나지는 않기 때문이다. 전공의의 선호도가 높은 진료과나 기관은 해당 진료과의 환자수도 많은 대형병원으로 별도 지원이 없어도 전공의 확충이 가능한 기관이다.

보상체계에서 이러한 문제는 다양한 분야에서 발생하고 있다. 요양기관종별가산을 차등화, 중환자실 가산율과 입원료와 진찰료 차등화 등의 목적과 적용결과를 재검토할 필요가 있다.

“현행 보상체계는 다양한 문제점들을 노출하고 있다. 재정은 지속적으로 투입되고 있으나 만족하는 당사자는 없다. 따라서 보상에 대한 개념의 재정립을 고려하여야 한다. 정부나 보험자가 지역별로 필요한 공급을 추계하여 이를 담당할 기관을 선정하고, 해당 기관이 부여된 기능을 수행하는 과정에서 발생하는 비용의 차액을 추계하여 수가 외의 방법으로 차별적으로 보상하는 방안이 도입되어야 한다.”

보상의 개념 재정립과 방법의 다양화

현행 보상체계는 다양한 문제점들을 노출하고 있다. 재정은 지속적으로 투입되고 있으나 만족하는 당사자는 없다. 따라서 보상에 대한 개념의 재정립을 고려하여야 한다. 급여(공급) 상황에 부합하는 적정 보상의 제도화가 필요하다. 급여에 대한 보상 대상과 수준의 설정에 급여를 위한 비용(투자)과 급여의 제공으로 발생하는 수입을 동시에 고려할 필요가 있다. 즉, 해당 요양기관의 급여활동에 대한 비용과 수입을 동시에 고려한 차등 보상이나 별도 지원이라는 방안이 고려되어야 한다.

급여에 대한 적정 보상을 위하여 수가라는 획일적 수단 외의 다른 보상 방안을 고려하는 것이다. 우선 의료기관의 비용을 투자비와 운영비로 구분하고, 투자비도 보상의 대상으로 포함하는 것이다. 투자비는 국민의 의료수요에 필요한 공급을 확보한다는 차원에서 급여(수가)와 별도의 보상을

고려할 필요가 있다. 이를 위하여 지역적으로 필요한 공급을 추계하고, 필요한 공급을 책임질 의료기관을 선정하여 해당 의료기관이 양질의 충분한 급여를 제공할 수 있는 능력을 갖추 수 있는 투자비를 수가 외의 방법으로 지원하는 것이다.

운영비는 현행과 같이 급여(수가)를 기준으로 보상하되 절대 또는 상대 수요(수입)을 감안한 차등 보상을 고려할 필요가 있다. 응급, 분만이나 중환자실처럼 특정 기능의 적정화를 위한 투입이 필요함에도 해당 수요의 경제규모 미달로 상대적으로 수지불균형을 감당할 수밖에 없는 상황이 있다. 응급의료 기능이 필요한 지역에 응급의료 급여를 위하여 시설, 장비의 구비는 물론 인력이 상시 대기상태에 있어야 하나, 환자수가 적어서 상대적으로 수입이 적은 기관이 발생한다. 이런 기관의 경우 평균적인 수가 보상만으로는 응급의료 기능의 유지가 불가능하다. 따라서 수가 외에 운

영비 등 별도의 지원이 필요하다.

이러한 보상을 제도화하기 위해서는 정부나 보험자가 지역별로 필요한 공급을 추계하여 이를 담당할 기관을 선정하고, 해당 기관이 부여된 기능을 수행하는 과정에서 발생하는 비용의 차액을 추계하여 수가 외의 방법으로 차별적으로 보상하는 방안이 도입되어야 한다. 동일한 개념이 급여 행위뿐만 아니라 전공의 수련과 같은 인력 양성에도 적용할 필요가 있다. 즉, 적정급여에 필요한 인력 수급에 문제가 발생할 경우 이를 보완하는 방법의 시행을 위한 보상이 필요하다.

금번 메르스와 같은 예외적인 상황에 대한 보상 방안도 마련하여야 한다. 감염에 관한 수가는 평상 시 활동에 대한 보상으로 활용하고, 감염의 발생 등 유사시에는 해당 상황을 관리하기 위한 비용이나 그로 인한 손해 등을 보상하는 수가 이외의 방안이 사전에 마련되어야 할 것이다.

의료전달체계 확립을 위한 진찰료 산정기준의 불합리성 개선방안

이 정 찬

의료정책연구소 책임연구원
jcl@kma.org



임 익 강

대한의사협회 보험이사
21rig@daum.net



〈편집자 주〉 경험 풍부한 동네의원 전문의의 진찰료는 싸고 대학병원 수련중인 전임의의 진찰료는 비싼 현실. 주로 급여수입에 의존하고 진찰료 비중이 높은 동네의원들의 경영이 악화일로를 걷고 있는데, 현행 진찰료 산정기준은 일차의료의 어려움을 더욱 가중시킨다. 우리나라 일차의료는 접근성이 좋다는 허울 아래 진찰료 수준이 프랑스, 캐나다의 1/4 수준이며 미국, 호주와는 비교조차 할 수 없는데, 현행 진찰수가의 불합리성과 개선방안을 짚어본다.

서론

최근 의료전달체계가 의료정책의 핫이슈로 새롭게 부각되고 있다. 의료전달체계는 국가 보건의료체계를 구성하는 보건의료자원의 효율적 활용을 통해 국민 건강수준을 향상시키고 보장성을 강화하는데 있어 가장 이상적인 방법이기 때문이다. 의료전달체계 확립을 위해서는 동네의원은 외래 중심, 상급종합병원은 입원과 연구중심으로의 기능재정립이 반드시 필요하다. 그러나 지난 10년간의 자료를 분석해보면 기능재정립이 잘 지켜지고 있지 않은 것을 확인할 수 있다. 전체 요양급여비용 중 동네의원에 대한 주된 보상이라 할 수 있는 진찰료 비중은 지속적으로 감소하고 있는 반면(2004년 32.8% → 2014년 22.5%), 입원, 검사, 처치 및 수술료 등의 비중은 증가하고 있는 상황이다(표 1). 전체 진료비 수입 중에 진찰료 비중이 53%를 차지하는 의원급 의료기관으로서는,¹⁾ 진찰료를 통한 수입 비중 감소는 즉, 경영상의 어려

움을 의미하고 이는 곧 의료전달체계에 있어 일차관문의 역할을 하는 동네의원 기능의 위축을 의미할 수 있다.

실제로 지난 10년간 의원급 의료기관의 외래진찰을 통한 수입은 지속적으로 감소하고 있다. 의원급 의료기관의 경우 전체 외래 요양급여비용 중에서 차지하는 비중이 2005년 65.4%에서 2014년 55.5%로 10.1% 감소한 반면, 병원급 의료기관의 경우는 오히려 증가한 것을 알 수 있다(병원: 2.9%, 종합병원: 2.9%, 상급종합병원: 4.3%). 이는 외래 진찰에 있어 병원급 의료기관의 영역이 확대되고 있다는 점을 의미하고 이는 의료기관간

표 1. 진료내역 항별 요양급여비용 구성비 (단위: %)

		2004	2014
계		100.0	100.0
진찰료		32.8	22.5
입원료		9.8	11.5
투약료		4.1	3.2
주사료		11.0	8.6
마취료		2.5	2.5
이학요법료		3.0	3.2
정신요법료		0.9	0.8
처치및수술료		17.0	17.2
검사료		11.4	12.3
영상진단 및 방사선치료료		5.4	4.5
특수 장비	CT료	2.3	2.9
	MRI료	—	0.9
	PET료	—	0.7
장액수개(요양병원 정액 포함)		—	9.4

자료: 진료비통계지표, 건강보험심사평가원, 2004~2014

“실제로 지난 10년간 의원급 의료기관의 외래 진찰을 통한 수입은 지속적으로 감소하고 있다. 이는 의료기관간 기능재정립이 잘 지켜지지 않고 있다는 사실을 반증한다. 일차의료 활성화를 목표로 총체적 문제점을 해소하기 위해서는 보다 근본적이고 중장기적인 방향으로의 진찰료 산정기준의 전환이 필요하다.”

1) 진료비통계지표, 건강보험심사평가원, 2004~2014

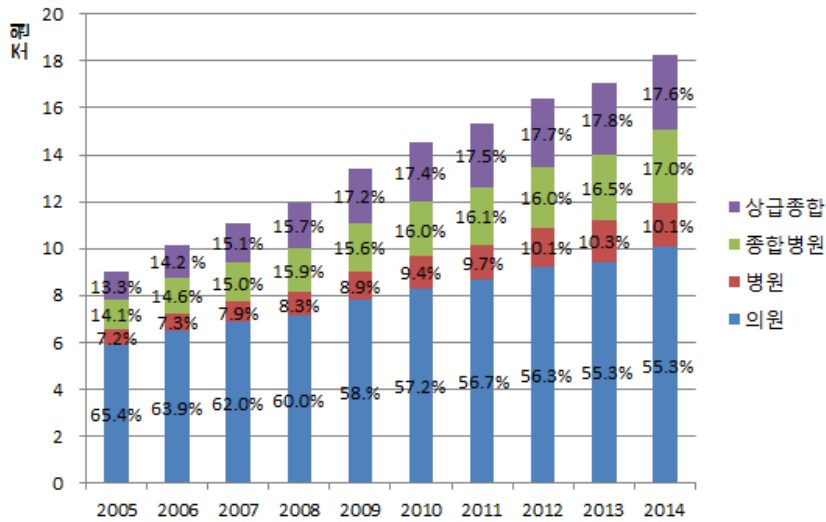


그림 1. 요양기관종별 외래 요양급여비용 비중(2005~2014)

기능재정립이 잘 지켜지지 않고 있다는 사실을 반증한다(그림 1).

따라서 진찰료 수가의 현실화와 산정구조 합리화를 통한 동네의원의 활성화와 경쟁력 강화는 의료기관 기능재정립을 통한 의료전달체계 확립차원에서 보았을 때 매우 중요한 과제 중 하나라 할 수 있다. 이에 본고에서는 현행 불합리한 진찰료 산정기준을 지적하고 이를 개선하기 위한 방안을 제시하고자 한다.

본론

1. 진찰료 산정기준의 문제점

우리나라 현행 진찰료는 수가수준은 물론 산정구조에 있어 여러 문제점을 지니고 있다. 현재 의료서비스를 통해 제공되는 모든 의료행위는 3가지 상대가치 구성요소(의사업무량, 진료비용, 위

험도)가 반영되는 것이 원칙이다. 그러나 대표적인 의료행위인 진찰료는 아직까지 이러한 개념이 적용되지 않고 단순히 기본진찰료와 외래관리료로 이원화된 구조를 지니고 있다. 또한 모든 종별 의료기관에 있어 초진의 외래관리료가 재진 보다 낮은 불합리한 산정방식이 적용되고 있다. 일반적으로 초진에 소요되는 시간과 자원이 재진보다 더 많이 소요될 수 있다는 점을 감안한다면 이는 바람직하지 않다. 또한 현재 모든 행위료(기술료)에 대해서는 요양기관 종별 가산이 적용되고 있으나 진찰료의 경우 의료행위 성격을 가지고 있음에도 불구하고 이러한 종별 가산이 적용되지 못하고 있다. 한편 다른 국가들은 일차의료 활성화를 목표로 일차의료기관을 대표하는 의원급 의료기관의 진찰료를 병원급 의료기관보다 우대하는 정책을 활용하고 있다. 그러나 우리나라의 경우 의원급 의료기관의 수가가 병원급 보다 낮아 오히려 차별하는 정책을 펴고 있다. 이밖에도 차등수가제,

처방료 분리, 각종 가산 등과 같은 이슈들이 여전히 남아있다. 이러한 총체적 문제점을 해소하기 위해서는 보다 근본적이고 중장기적인 방향으로의 진찰료 산정기준의 전환이 필요하다.

2. 개선 방안

1) 개선 방향

현행 진찰료 운영의 모순점을 해소하고 일차의료 활성화와 의료전달체계의 확립을 위해서는 다음과 같은 단계적 개선방안이 추진되어야 할 것이다. 우선 의원급 의료기관 초진의 외래관리료를 적어도 재진의 외래관리료 수준으로 조정해야 할 것이다. 다음으로 기본진찰료와 외래관리료를 별도로 구분하지 말고 “진찰료”로 통합하는 절차가 필요하다. 그 후 통합된 진찰료에 대해 현재 행위로에 가산되고 있는 종별 가산을 적용해야 한다. 마지막으로 일차의료 활성화 측면에서 의원급 의료기관의 진찰료를 병원급 보다 높게 조정하는 절차가 필요하다. 이 같은 방안들을 단계적 그리고

순차적으로 적용하되 건강보험재정의 부담정도를 고려하여 정책 우선순위가 설정되어야 한다.

2) 단계별 조정 방안

(1) 1단계: 초진 외래관리료를 재진 수준으로 조정

진찰료는 기본진찰료와 외래관리료로 구분되어 있다. 이 중 기본진찰료는 병원관리 및 진찰권 발급 등, 외래관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용을 포함하는 것으로 정의되어 있다.²⁾ 과거 의약분업 이전에는 진찰료와 원외 처방료가 따로 구분되어 있었고 원외 처방료가 기본진료료 항목에도 포함되어 있지 않았었다. 그러나 의약분업이 시행되면서 원외 처방료가 사라지고 진찰료가 기본진찰료와 외래관리료만으로 이원화되면서 외래관리료에 처방료가 흡수된 것이다.

현재 진찰료 상대가치(수가)는 의원급 보다 병원급 의료기관이 더 높다. 그 원인은 진찰료를 구성하는 기본진찰료는 의료기관 종별로 동일하지만 외래관리료에 있어 종별로 차이가 있기 때문이다. 즉, 의원급 의료기관 보다 병원급 의료기관의 외래관리료가 더 높게 산정되어 있다. 그런데 이상한 점은 모든 의료기관 종별에 있어 초진 외래관리료가 재진보다 낮다는 것이다. 의료기관을 처음 방문하거나 방문기간이 수개월 경과한 환자인 초진환자가 단기간에 자주 방문한 재진환자에 비하여 의무기록의 작성이나 검토 등에 소요되는 시간과 경비비가 상대적으로 많이 소요될 것이라는 사실을 감안한다면 이는 합리적이지 않다. 즉 진료행위의 내용 측면에서 초진에 소요되는 자원이

“기본진찰료와 외래관리료를 현재와 같이 분리 운영할 것이 아니라 단일진찰료로 통합 운영하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 처방료를 별도로 분리 산정할 것이 아니라면 차라리 기본진찰료와 외래관리료를 통합하여 이른바 ‘단일진찰료’화 하는 편이 나을 수 있다.”

2) 건강보험요양급여비용 행위 급여 목록 · 상대가치점수 및 산정지침, 2015

【 표 2. 진찰료 상대가치점수 및 수가(2015년 기준) 】

구 분		의 원	병 원	종합병원	상급종합병원
초 진	EDI	AA154	AA155	AA156	AA157
	기본진찰료	155.57점(11,570원)	155.57점(10,890원)	155.57점(10,890원)	155.57점(10,890원)
	외래관리료	32.54점 (2,430원)	53.29점 (3,730원)	76.76점 (5,370원)	100.22점 (7,020원)
	계	188.11점(14,000원)	208.86점(14,620원)	232.33점(16,260원)	255.79점(17,910원)
재 진	EDI	AA254	AA255	AA256	AA257
	기본진찰료	98.03점(7,290원)	98.03점(6,860원)	98.03점(6,860원)	98.03점(6,860원)
	외래관리료	36.44점(2,710원)	53.34점(3,740원)	76.81점(5,380원)	100.28점(7,020원)
	계	134.47점(10,000원)	151.37점(10,600원)	174.84점(12,240원)	198.31점(13,880원)

재진 보다 더 많으므로 초진 외래관리료가 재진 이상이 되어야 함이 마땅하다.

한편 의원의 경우 초진과 재진 간 외래관리료 상대가치 차이가 상대적으로 큰 반면(초진: 32.54 점, 재진: 36.44점, 차이: 3.9점), 병원, 종합병원, 상급종합병원의 경우 초진과 재진 간 상대가치 점수의 차가 상대적으로 적다(표 2). 건보재정을 고려하여 우선 의원급에 한정하여 초진 외래관리료를 재진 수준으로 조정할 필요가 있다. 이 경우 의원의 초진 진찰료 상대가치점수는 2015년 기준 192.01점(14,280원)이 된다.³⁾

(2) 2단계: 분리된 진찰료(기본진찰료+외래관리료)를 단일 진찰료로 통합

기본진찰료와 외래관리료를 현재와 같이 분리 운영할 것이 아니라 단일 진찰료로 통합 운영하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 의약분업 이후부터 진

찰료에 명목상 처방료 성격으로 외래관리료를 별도 운용해오고 있다. 의약분업 이전에도 외래병원 관리료가 별도로 있었지만 당시는 그 사용의 의미가 지금과 달랐고 원외처방료가 별도로 산정되었었다. 그러나 현재는 외래관리료라는 용어의 의미가 변질되어 본래 용도에 맞지 않게 사용되고 있고 의사의 처방유무와 상관없이 외래관리료(처방료)가 산정되고 있다. 처방료를 별도로 분리 산정할 것이 아니라면 차라리 기본진찰료와 외래관리료를 통합하여 이른바 ‘단일 진찰료’화 하는 편이 나을 수 있다. 유사한 사례가 과거에 없었던 것은 아니다. 산정 및 청구 업무의 간소화를 위해 의학진찰료(기본진찰료)와 외래병원관리료를 통합하여 단일진찰료로 운영한 사례가 있다.⁴⁾ 다만 단일 진찰료로 통합될 경우 현재 진찰료에 적용되는 각종 가산(야간, 토요일, 공휴) 기준이 변경될 수도

3) 2013년 급여실적을 기준으로 할 경우 소요재정은 약 457억(2013년 기준 의원 환산지수(70.1원) × 외래관리료 인상 점수(3.9점) × 2013년 기준 의원 초진 빈도(167,115,108건)) 수준이며, 이는 2013년 기준 의원급 의료기관 당 연간 약 161만원(2013년 기준 의원 환산지수(70.1원) × 외래관리료 인상 점수(3.9점) × 2013년 기준 의원 초진 빈도(167,115,108건))의 수익을 증가시키는 것으로 분석된다.

4) 이정찬, 진찰료 산정구조의 문제점 및 개선방안, 의료정책연구소, 2012

있다. 즉, 외래관리료가 없어짐에 따라 현재 기본진찰료에 대한 가산에서 통합된 단일진찰료에 대한 가산으로 변경될 수 있다. 또한 현재 약제비를 환수하는 경우 기본진찰료를 제외한 외래관리료만 그 대상으로 고려하지만, 단일진찰료로 되는 경우 전체진찰료에 대한 환수대상 기준으로 변경될 여지는 있다.

(3) 3단계: 통합된진찰료에 행위료에 적용되는
종별가산 적용

2006년 상대가치 1차 개정 작업(신상대가치) 당시진찰료와 입원료에 대한 상대가치점수가 산정된 바 있다. 그러나 당시 연구결과를 그대로 적용할시 건강보험재정에 미치는 영향이 클 수 있다. 우려로 기존 상대가치점수(정책점수)를 적용하였고 향후 기본진료료만을 위한 상대가치 연구를 재개하기로 결정하였었다. 이후진찰료 상대가치 연구가 수행되어 상대가치 구성요소가 반영된 점

“일차의료 강화와 의료전달체계 확립 차원에서 예외적으로 의원급 의료기관의진찰료를 병원급보다 높게 산정하는 방안을 고려할 필요가 있다. 그 이전에진찰료 절대 수준의 상향조정은 반드시 필요하다.”

수가 산출되었지만 그 결과는 지금까지도 여러 가지 이유로 반영되지 못하고 있는 실정이다.⁵⁾ 이로 말미암아 현재진찰료는 행위료 성격을 띠고 있음에도 불구하고 요양기관 종별 가산⁶⁾이 적용되지 못하고 있다. 따라서 현재 상대가치점수 구성 체계가 반영되지 못하고 있는진찰료를 재연구하여 합리적으로 재산정하는 작업이 급선무다. 이를 통해 새롭게 산정된진찰료 상대가치에 종별가산율을 적용할 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다.

(4) 4단계: 의원의진찰료를 병원급 이상으로
조정

비록 3단계가 완성되어 구조화 된 상대가치점수가 제대로 반영되더라도 만약 현행 종별가산율이 적용된다면 결국 병원급 의료기관의진찰료가 의원급 보다 높게 산정될 수밖에 없다. 따라서 일차의료 강화와 의료전달체계 확립 차원에서 예외적으로 의원급 의료기관의진찰료를 병원급보다 높게 산정하는 방안을 고려할 필요가 있다. 물론 그 이전에진찰료 절대 수준의 상향조정은 반드시 필요하다. 우리나라진찰료 수준은 외국과 비교하였을 때 상대적으로 낮기 때문이다.⁷⁾ 다음으로 의원급 의료기관의진찰료를 병원급 보다 높게 상향 조정해야한다. 이는 불가능한 것이 아니다. 의약분업 이전에도진찰료가 의료기관 종별과 무관하게 단일 수가로 적용된 사례가 있다.⁸⁾ 그러나

5) 기본진료료(외래진찰료) 재평가 연구 보고서, 대한의사협회, 2009

6) 종별 가산율이란 요양기관 종별에 따라 투자 비용 및 인력 운용에 대한 보상 차원에서 행위료에 대해 차별적으로 계산할 수 있도록 운영하는 제도이다. 종별 가산율은 행위요양급여비용에만 적용되는 것으로 약가 및 재료대에는 적용되지 않는다. 소정 점수에 점수당 단가를 곱한 금액을 모두 합산한 금액에 요양기관의 종별에 따라 가산한다(상급종합병원 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%).

7) 구매력지수(PPP) 기준 국내 초진진찰료는 일본의 59.5%, 대만의 79.1%, 미국의 36.8% 수준이다(의료정책연구소, 2012).

의약분업 이후 처방료를 없애고 이를 외래관리료에 포함시키는 과정에서 병원급 의료기관의 진찰료가 의원급 의료기관의 진찰료보다 높아지는 결과가 초래되었다.⁹⁾ 즉, 의약분업이라는 정책 도입으로 인해 진찰료 의미와 수준이 왜곡되는 결과가 초래된 것이다. 외국의 경우 병원급 의료기관보다 의원급 의료기관의 진찰료 수가가 더 높게 산정되어 있으며, 이는 일차의료 강화의 목적으로 국가의 정책적 차원의 고려가 반영된 결과이다. 우리나라도 이러한 점을 전향적으로 고려할 필요가 있다.

결론

진찰료 수가의 현실화와 산정구조 합리화 이슈를 단순히 수가 인상만의 문제로 몰아가서는 안 된다. 의료전달체계 확립을 위해 반드시 해결되어야 할 요소이기 때문이다. 앞서 본문에서 제시한 1-4단계까지의 개선방안을 단기에 이루기에는 막대한 건보재정이 소요될 수 있다.¹⁰⁾ 따라서 건보

“따라서 건보재정을 고려하여 향후 순차적으로 이행하는 방안이 바람직할 수 있다. 이를 위해 의료계와 정부(보험자)가 참여하는 협의체를 구성하여 구체적인 계획을 수립하고 이를 이행하기 위해 지속적인 협의를 해 나가야한다.”

재정을 고려하여 향후 순차적으로 이행하는 방안이 바람직할 수 있다. 이를 위해 의료계와 정부(보험자)가 참여하는 협의체를 구성하여 구체적인 계획을 수립하고 이를 이행하기 위해 지속적인 협의를 해 나가야한다. 현실적인 대안으로서, 단기적으로는 앞서 제시한 1, 2단계까지의 계획을 수립하여 이를 이행하고, 중·장기적으로는 진찰료 정상화를 위한 별도의 자금 확보를 통해 매년 이 재원이 지속적으로 투입되는 기전을 마련함으로써 3, 4단계 계획이 성공적으로 추진되도록 해야 할 것이다.

8) 당시 진찰료는 기본진찰료+외래관리료+처방료로 구성되었었다.

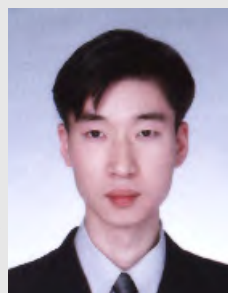
9) 의약분업 전 처방일수에 따른 차등화 된 처방료를 진찰료에 포함하여, 당시 의원보다 병원이 처방일수가 더 많았던 것을 그대로 반영한 결과로 추정된다.

10) 단순히 기본진찰료에 현행 종별가산을 적용하는 경우만하더라도 2013년 기준 의원은 6,280억원, 의료기관 전체로는 8,972억원의 재정이 추가 소요될 것으로 예측된다.

의원급 의료기관 특별세액감면제도 부활의 필요성

최 진 우

신승회계법인 회계사
jwchoixp@naver.com



〈편집자 주〉 성실신고확인제도 도입 등 세무당국의 세수 확대 정책 등으로 가뜰이나 어려운 개원가를 압박하고 있다. 설상가상으로 터진 메르스 사태로 인해 의료계는 경영난이 더욱 더 가중되고 있다는 우울한 전망이 제기되고 있는 상황. 이런 가운데 중소기업특별세액감면혜택이 유독 의원급 의료기관만 배제되고 있어 역차별이라는 지적이 제기돼 왔다. 국민건강을 최일선에서 돌보고 있는 의원급 의료기관의 경영 활성화를 위한 세제지원방안 언제쯤 그 결실을 맺을 수 있을지 의료계는 한시가 급하다.

1. 머리말

올 상반기동안 메르스(MERS) 사태는 국민의 생명과 평안뿐만 아니라 의료기관의 운영에도 큰 피해를 입혔다. 추경예산이 마련되기는 하였지만 병의원 폐업 등으로 이미 발생한 손실을 회복하기는 쉽지 않을 것인 바, 앞으로 유사한 사태의 재발을 방지하기 위해서라도 지속적인 관심이 필요한 상황이다. 의원급 의료기관이 직면하고 있는 수많은 구조적 문제들에 비하면 메르스 사태는 일회적 사건이라는 점에서 차라리 가벼운 것일 수도 있다. 더욱이 최근에는 의원급 의료기관의 경영난에도 불구하고 경기침체로 세수부족에 시달리는 조세당국의 압박이 계속 강화되고 있어, 재정적 부담은 물론이거니와 의료기관을 운영하는 경영의욕까지 꺾고 있다. 성실신고확인제 등 많은 문제들이 있지만 여기서는 의원급 의료기관에 대한 차별규정의 대표적 사례인 중소기업특별세액 감면 적용에서의 불합리성 문제를 살펴보기로 한다.

2. 중소기업 특별세액감면제도

가. 조세특례제한법

1) 의의

우리 세법체계는 소득세법, 부가가치세법 등 세금 항목별로 각각 마련된 법률들과 별도로 조세 감면 또는 중과(重課) 등 조세특례와 이의 제한에 관한 사항만을 다루는 ‘조세특례제한법’을 두고 있다. 개별 세법이나 별도 법령으로 조세 특례가 남발되어 과세(課稅)의 공정성에 문제가 생기는 것을 막기 위한 목적으로 마련되었다.

“의원급 의료기관의 경영난에도 불구하고 경기침체로 세수부족에 시달리는 조세당국의 압박이 계속 강화되고 있어, 재정적 부담은 물론 경영의욕까지 꺾고 있다.”

2) 중소기업에 대한 조세특례

(가) 조세특례 유형

조세특례가 가해지는 대상과 사유는 연구, 투자 촉진, 고용지원, 구조조정 지원, 지역균형발전, 자녀 장려, 외국인 투자유치 등 다양하다. 그 중에서도 가장 많은 관심을 받는 유형이 중소기업에 대한 조세특례로써 법률에서도 제일 먼저 등장한다.

(나) 중소기업

중소기업이라는 단어가 주는 일반적 느낌과 달리 세법상 중소기업은 제조업에 국한되지 않고 농수산업부터 서비스업까지 대부분의 업종을 망라하며, 또한 법인형태를 요구하지도 않는다. 「의료법」에 따른 의료기관을 운영하는 사업도 중소기업 업종에 포함되며, 평균 매출액이 600억 원 이하(업종별 상이)이면 중소기업에 해당한다(조세특례제한법 시행령 제2조). 의원급 의료기관은 이 요건들을 충족시키는데 전혀 무리가 없다.

(다) 중소기업에 대한 특례

중소기업의 창업과 투자에도 세제혜택이 주어지지만 가장 기본적인 것은 특별세액감면이다. 대기업에 비해 열악한 지위임을 감안한 균형 발전 측면뿐만 아니라 창의와 혁신을 통한 우리 사회의

지속적 발전을 위해서 중소기업에 대한 여러 지원 제도가 법제화되어 있는 것이다(중소기업기본법).

나. 중소기업에 대한 특별세액감면

1) 의의

해당 사업장에서 발생한 소득에 대한 소득세 또는 법인세에 사업장 유형별로 정해진 감면 비율을 곱하여 계산한 세액상당액을 감면받는다.

2) 감면비율

감면비율은 규모와 지역에 따라 달라진다. 매출액 100억 원 미만이며 근로자수 10명 미만인 소기업 해당 의료기관의 경우 10%를 감면받을 수 있으며, 그 이상인 중기업 해당 의료기관은 수도권 외의 지역에 위치할 때만 5%를 감면받는다. 타업종의 경우 최고 30%까지 감면받는 것과 달리, 의료업은 도소매업과 마찬가지로 최저 수준의 감면률이 적용되고 있는 것이다.

3. 중소기업 특별세액감면제도의 문제점

가. 연혁

1) 의원에 대한 적용 및 배제

특별세액감면제도는 중소기업에 대한 조세지원의 근간으로서 1992년에 도입되었다. 최초에는 제조업 중심이었다가 경제발전과 정책적 판단에 맞추어 서비스업 전반으로 점차 확대되고 있다. 의료업도 2000년 말 세법 개정 시 포함되었으나 2002년 말 개정 시 유독 의원·치과의원 및 한의원만 제외되는 이상한 형태로 지금까지 이어져 내려

오고 있다. 그 동안에도 특별세액감면 대상은 계속 확대되어 현재는 무형재산권 임대업 등 과거에 생각하지 못했던 영역까지 감면업종이 늘어났다.

2) 개정노력

의료계에서는 지난 10여 년 간 의원급에 대한 세액감면을 복원시키기 위하여 많은 노력을 하여 왔다. 일차의료기관들로서는 건강보험 급여대상의 확대, 카드 결제 일반화, 현금영수증발급제도 강화 등으로 다른 어느 업종 못지않게 과세투명성이 높아진 반면 기본적 혜택에서조차 배제되었기에 의료기관 경영인 입장에서는 어려움과 불만이 높을 수밖에 없었다.

3) 입법동향

최근에는 국회에서도 이러한 문제점을 인식하여 의원급 의료기관을 포함시키는 개정안들이 발의되고 있다. 2012년 안민석 의원이 대표 발의한 조세특례제한법 개정안에 이어서 작년에는 오세훈 의원이 연간 건강보험 요양급여비용이 매출의 70%이상을 차지하는 의원급 의료기관에 대해서는 중소기업 특별세액 감면을 적용하는 개정안을 발의한 상태이다.

나. 현행 규정의 문제점

1) 법체계의 혼란

현행 조세특례제한법에서 의료업은 「의료법」에 따른 의료기관 중 의원급이 아닌 곳을 운영하는 사업을 의미한다. 의료법 체계에서 의료기관들은 규모에 상관없이 모두가 의료업 수행인으로서 각각의 역할이 있으며 차별받지 않는다. 오히려 의

원급 의료기관은 일차 의료를 수행하는 곳으로 그 중요성이 커지고 있다. 세법 체계에서 특별히 의원급을 달리 대우하여야 할 이유는 찾아볼 수 없으며, 반대로 아래에서 살펴볼 것과 같이 차별대우로 인한 문제만 발생시킨다. 세법 체계 내에서도 의원은 소득세법상 접대비 한도 계산 시에는 중소기업이지만 중소기업 특별세액감면은 받지 못하는 등 혼란을 야기하고 있다.

2) 조세형평성 침해

우리나라의 조세감면 정책에 대해 가해지는 가장 큰 비판은 대기업이 감면혜택의 가장 큰 수혜자라는 것이다. 중소기업을 위한다는 특별세액감면제도에서조차 병상 30개가 넘는 병원급 의료기관에 대해서는 세액감면이 이루어지는데 비해 정작 그보다 열악하고 영세한 의원급 의료기관은 감면이 배제되고 있는 상황이다.

3) 제도의 실효성 저하

의료업에 대한 특별세액감면제도가 도입된 지 10년이 넘었지만 의료업을 영위하는 중소기업의 약 95%를 의원급이라는 이유로 제도에서 배제하여 왔다. 중소기업의 성장을 장려하겠다는 제도의 취지를 무색하게 한다.

4) 과잉 시설투자 초래

의원급 의료기관이 특별세액감면제도를 적용받기 위해서는 병원급 의료기관으로 전환하여야 한다. 즉 30병상 이상의 시설을 갖추어야 하는데 사업자 입장에서는 세제 혜택을 받을 수 있어 좋지만, 사회적으로는 지금도 OECD 평균 대비 높은 비율을 기록하고 있는 유희 병상 문제를 심화시키

“중소기업을 위한다는 특별세액감면제도에서조차 병상 30개가 넘는 병원급 의료기관에 대해서는 세액감면이 이루어지는데 비해 그보다 영세한 의원급 의료기관은 감면이 배제되고 있는 상황이다. 특별세액감면제도는 건강보험진료 강제지정제도로 고통 받는 의원급 의료기관에게는 더 이상 늦춰져서는 안 될 최소한의 세제 지원 대책이라 할 것이다.”

게 된다. 물적 시설에 대한 투자만을 중심으로 하는 세법규정들(고유목적사업준비금 등)도 의료기관 외형경쟁의 한 원인이기도 하다.

4. 맺음말

연간 건강보험 요양급여비용이 매출의 70% 이상을 차지하는 의원급 의료기관에 대해서는 중소기업 특별세액 감면을 적용하자는 오제세 의원의 조세특례제한법 개정안은 매출비율의 작은 변동에 따라 납부세액이 크게 변동될 수 있다는 점에서 실무적으로도 충분히 만족스럽지는 않은 방안이기는 하다. 하지만 세원확대, 징세강화 기조 속에 조세감면 확대가 쉽지만은 않은 상황에서 현재의 합리성 없는 의원급/병원급 차별제도 보다는 진일보한 개선책이라 할 수 있다. 특별세액감면제도는 건강보험진료 강제지정제도로 고통 받는 의원급 의료기관에게는 더 이상 늦춰져서는 안 될 최소한의 세제 지원 대책이라 할 것이다.

웰니스제품 기준안 무엇이 문제인가?

유 화 진

대한의사협회 법제이사
younlaw4755@hanmail.net



〈편집자 주〉 식품의약품안전처는 올해 건강관리용 웰니스제품 구분관리기준안을 입안예고하였다. 문제는 식약처 공식 홈페이지에도 게시하지 않고 의료계 등 전문가단체의 의견절차 과정을 생략했다. 무슨 공공이가 숨어 있길래 국민보건에 적지 않은 영향을 줄 수 있는 웰니스 제품 기준안을 은근슬쩍 처리하려고 했을까. 식약처의 절차상 문제점과 기준안이 내포하고 있는 위험성은 무엇인지 조목조목 따져본다.

1. 서론

식품의약품안전처(이하, '식약처'라 함)는 사용 목적과 위해정도에 따라 의료기기와 웰니스 제품을 구분하고, 웰니스 제품으로 분류될 경우 의료기기법의 적용을 배제하도록 하는 건강관리용 웰니스제품 구분관리기준(안)(이하, '웰니스 제품 기준안'이라 함)을 예고한 바 있다. 의료계 등으로부터 문제점이 지적되자 식약처는 웰니스 제품에서 일부 기기를 제외하고 '의료기기와 개인용 건강관리 제품 판단기준'으로 명칭을 변경하여 2015. 7. 10.자로 시행하고 있으나, 위 판단기준도 웰니스 제품 기준안이 가진 문제점을 여전히 포함하고 있다.

2. 행정입법의 한계 일탈과 판례 위반

가. 의료기기법의 적용대상인 의료기기를 제외

1) 웰니스 제품 기준안은 의료기기법 적용대상인 의료기기 중 일부를 웰니스 제품이라는 제품군으로 묶어 의료기기법 적용을 배제하는 것을 목적으로 하고 있다. 그런데 의료기기법 제2조는 질병이나 상해를 진단 또는 치료, 경감 예방하는 기구 등을 의료기기라고 정의하면서, 다만 예외적으로 「약사법」에 따른 의약품과 의약외품 및 「장애인복지법」 제65조에 따른 장애인보조기구 중 의지(義肢)·보조기(補助器)를 제외하고 있다.

2) 그리고 의료기기법 제3조는 제1항에서 “식품의약품안전처장은 의료기기의 사용목적과 사용시 인체에 미치는 잠재적 위해성(危害性) 등의 차

“식약처는 입법이나 수권규정이 없음에도 불구하고, 하위 법령도 아닌 행정부처의 내부기준으로 일부 의료기기를 의료기기가 아닌 웰니스 제품군으로 분류하고 행정입법의 한계를 일탈하였다. 의료기기의 정의 규정에 해당하는 제품을, 식약처 임의기준에 의해 의료기기에 해당하지 않는다고 판단하여 웰니스 제품으로 분류할 권한도 없다.”

이에 따라 체계적·합리적 안전관리를 할 수 있도록 의료기기의 등급을 분류하여 지정하여야 한다”, 제2항에서 “제1항에 따른 의료기기의 등급분류 및 지정에 관한 기준과 절차 등에 관하여 필요한 사항은 총리령으로 정한다”고 규정하고 있으며, 의료기기법 시행규칙 제2조는 “의료기기법 제3조제2항의 규정에 의한 의료기기의 등급분류 및 지정에 관한 기준과 절차는 별표 1과 같다”라고 규정하고 있다.

3) 의료기기법은 일부 법률에 의한 예외적인 경우를 제외하고 질병이나 상해를 진단 또는 치료, 경감, 예방하는 기구 등을 의료기기라고 정의하고 있고, 하위 법령을 통해 의료기기의 등급을 분류하고 있으며, 웰니스 제품 기준안에서 예시한 심전도계 등을 의료기기에 해당하는 것을 전제로 규율하여 왔다.

4) 그런데 웰니스 제품 기준안은 종래 의료기기법 적용대상이었던 의료기기 중 일부를 웰니스 제품이라는 제품군으로 묶어 의료기기법 적용대상

에서 제외하고 있어 의료기기법의 내용을 변경하는 것에 해당하므로 그와 같은 기준을 제정하기 위해서는 ① 의료기기법 혹은 국회가 제정한 다른 법률에서 의료기기의 예외로 웰니스 제품에 대해 직접 규정하거나, ② 그 예외를 허용하는 것을 전제로 하위 법령에 위임하는 전제조건이 필요하다.

5) 그런데 식약처는 그와 같은 입법이나 수권규정이 없음에도 불구하고, 하위 법령도 아닌 행정부처의 내부기준안으로 일부 의료기기를 의료기기가 아닌 웰니스 제품군으로 분류하고 의료기기법의 적용을 배제하겠다고 함으로써 행정입법의 한계를 일탈하였다.

6) 나아가, 현행 법체계 안에서 식약처는 시행규칙에 따라 고시를 통해 의료기기의 등급만을 분류할 수 있을 뿐이므로, 의료기기의 정의 규정에 해당하는 제품을, 식약처가 임의로 기준에 의해 의료기기에 해당하지 않는다고 판단하여 웰니스 제품으로 분류할 권한도 없다.

“ 식약처는 웰니스 제품 기준안 제정 과정에서 충분한 의견을 수렴하지 않고, 절차를 진행함으로써 절차적으로도 문제를 지니고 있다. 웰니스 제품으로 분류되면 일반 공산품처럼 건강관리 목적으로 사용하는 기기는 의료기기에서 제외한다는 식약처의 발상은 매우 위험하다. ”

나. 판례 위반

1) 웰니스 제품 기준안의 근거로 식약처는 대법원 판례를 원용하면서, 판례가 해당 제품의 객관적 기능이나 성능은 고려하지 않고, 사용목적은 근거로 의료기기 여부를 판단한다고 자료를 제시하였으나, 대법원 2004도8706 판결의 태도에 반하는 것이다.

2) 대법원 2005. 3. 25. 선고 2004도8706 판결은, “구 약사법 제2조 제9항(2003. 5. 29. 법률 제6909호로 제정된 ‘의료기기법’ 부칙 제6조 제1항으로 개정되기 전의 것) 의하여 식품의약품안전청장이 지정한 의료용구¹⁾에 해당하기 위하여는 그 수입한 기구 등이 객관적으로 위 조항 소정의 성능을 가지고 있거나 객관적으로 그러한 성능을 가지고 있지 않더라도 그 기구 등의 구조와 형태, 그에 표시된 사용목적과 효과, 그 판매 대상과 판매할 때의 선전, 설명 등을 종합적으로 고려하여 위 조항 소정의 목적으로 사용되는 것으로 인정되어야 할 것”으로 판시하였다.

3) 객관적으로 의료기기의 성능을 가지고 있는 것은 당연히 의료기기에 해당하며, 그러한 성능을 가지고 있지 않더라도 목적이 의료기기로 사용되면 의료기기로 판단하도록 해석하는 것이 판례의 취지를 종합적으로 고려한 것이며, 근래 선고된 서울중앙지방법원 2015. 6. 18. 선고 2014노4967 판결에서도, 당사자가 운동보조 목적으로 기구를 사용했으므로 의료목적으로 사용한 적이 없어 의료기기가 아니라는 주장에 대해, 위와 같은 취지로 판단하였다.

1) 현행 의료기기법이 정의하고 있는 의료기기에 해당하였던 조항이다.

3. 절차상의 문제점

가. 식약처는 웰니스 제품 기준안 제정 과정에서 충분한 의견을 수렴하지 않고, 요식적으로 절차를 진행함으로써 절차적으로도 문제를 지닌다.

나. 웰니스 제품 기준안은 국민건강보전에 관한 중요한 내용을 담고 있음에도 불구하고, 식약처 공식 홈페이지 행정예고 게시판에 게재하지 아니하고, 보건산업진흥원 홈페이지를 통해 입안예고 하였으며, 의료계의 어떤 단체에도 의견조치를 한 바가 없고, 공청회 또한 의료계가 배제된 상태로 국내 거대기업, 웰니스 IT 협회, 의료기기산업협회 등이 참여하여 ‘국민의 건강’에 관한 내용을 논의하는 자리라고는 볼 수 없는 형태로 진행되었다.

4. 국민의 건강권 침해 위험

가. 의료기기의 안전성과 정확성을 확보하기 위한 의료기기법령의 적용 배제

1) 의료기기의 경우 의료기기법령에 정해진 요건을 갖추어야만 시장에 출시될 수 있고, 의료기에 대해 그와 같은 요건을 요구하는 것은 국민의 건강권 확보를 위한 안전조치이다.

2) 즉, 의료기기의 경우 안전성뿐만 아니라, 의료기기의 기본적인 성능, 품질 등이 확보되어야만 정확한 진단 및 치료, 예방이 이루어 질수 있고, 만약 측정 오류나 오작동 등으로 인해 정확한 진단이 이루어지지 못할 경우 적절한 치료나 예방이 이루어지지 못함으로써 국민의 건강권이 심각하게 훼손될 수 있기 때문이다.

“웰니스 제품 기준안은 행정입법의 한계를 일탈했을 뿐만 아니라 절차상으로도 투명하고 객관적이지 못한 문제점을 지니고 있다. 산업계의 편익을 위해 국민의 건강권을 쉽게 포기하였다는 비난을 면하기 어려울 것으로 생각된다.”

3) 웰니스 제품 기준안은 의료기기가 할지라도 웰니스 제품으로 분류될 경우에는 의료기기법령에서 요구하는 허가, 승인, 인증, 신고, 시설 및 품질관리체계(GMP) 등에 관한 규정의 적용을 강제하지 않음으로써 사실상 품질경영 및 공산품안전관리법상 안전인증만 받으면 제조 및 유통에 아무런 문제가 없도록 규정하고 있어, 국민의 건강권에 심각한 위험을 초래할 수 있다.

4) 즉, 식약처의 웰니스 제품 기준안은 의료기기의 경우 기본적인 성능 및 품질이 확보되기 위한 최소한의 기준이 필요하다는 점을 도외시하고, 웰니스 제품으로 분류되면 일반적인 공산품처럼 취급하고 있다는 점이 문제로, 기본적인 성능과 품질에 미치지 못하는 기기의 측정 오류, 오작동 등을 통해 자신의 정확한 건강상태를 확인하지 못하고 적절한 예방 조치로 나아가지 못한다면 생명의 위협까지 발생할 수 있다는 점에서 건강관리의 목적으로 사용하는 기기는 의료기기에서 제외한다는 식약처의 발상은 매우 위험하다.

나. 의료기기와 웰니스 제품의 구별 개념이 불명확

1) 식약처는 웰니스 제품은 일반적인 건강 상태 또는 건강한 활동의 유지 향상 목적, 건강한 생활 방식 습관을 유도하여 만성질환 또는 그 상태의 위험이나 영향을 줄이거나 유지할 목적으로 사용되고, 사용자의 안전에 미치는 위험도가 낮다는 점에서, 질병이나 상해를 진단하고 치료하기 위한 목적으로 사용되고, 사용자의 안전에 미치는 위험도가 높은 의료기기와 구별된다고 하지만, 사용목적은 객관적인 기준으로서 기능을 다하지 못하는 문제점이 있고, 특히 제조자의 의사에 따라 사용목적이 결정되는 문제가 있다.

2) 웰니스 제품의 사용목적이라는 일반적인 건강상태 또는 건강 활동 유지, 향상 목적은 의료기기의 사용목적인 질병의 진단, 치료, 경감, 처치 또는 예방목적과 유사한 개념에 해당하므로 이를 기준으로 웰니스제품과 의료기기를 구분하겠다는 것도 적절한 기준이 되기 어렵다.

3) 위험도의 문제

낮은 수준의 인체적 자극이라도 반복적이고 지속적으로 사용될 경우 해당 부위에 해부학적, 생리학적 변화를 초래할 가능성을 배제할 수 없음에도, 위험도가 낮다는 이유로 기기 자체의 특성, 지속적인 사용시 인체의 변화가능성 등을 고려하지 않은 채 일률적으로 의료기기에서 제외하는 것은 국민의 건강권 보호에 역행하는 조치이다.

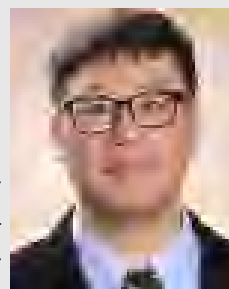
5. 결론

웰니스 제품 기준안은 행정입법의 한계를 일탈하였을 뿐만 아니라 절차상으로도 투명하고 객관적이지 못한 문제점을 지니고 있다. 웰니스 제품 기준안은 의료기기 중 일부를 웰니스 제품이라는 제품군으로 묶어 의료기기법의 적용을 일률적으로 배제시키는 결과를 의도한다는 점에서 산업계의 편의를 위해 국민의 건강권을 쉽게 포기하였다는 비난을 면하기 어려울 것으로 생각된다.

공공병원의 공공의료기능 현황과 적자

이 진 용

서울대학교 보라매병원 공공의료사업단
jylee00@snu.ac.kr



〈편집자 주〉 국가 보건의료체계에서 공공의료가 갖는 의미와 역할은 실로 막중하다. 대한민국을 강타한 메르스 사태로 인해 공공의료 분야는 다시 한 번 그 의미가 새롭게 조명되었다. 또한 최근에 진주의료원의 폐업 문제로 사회적 화두가 되었던 이른바 공공의료 부문에 대한 공익적 적자를 비롯한 비효율성 문제를 어디까지 정책에 대입시켜야 하는지 그 해답 찾기가 필요한 상황이다. 공공병원이 추구해야 하는 방향이 무엇인지 전문가적 시각에서 냉철하게 되짚어보자.

1. 서론

2015년 우리나라 보건의료를 설명할 수 있는 핵심 화두는 “중동 호흡기 증후군 (Middle East Respiratory Syndrome, MERS)”이라고 해도 무리가 없을 것이다. MERS 사태를 통해서 우리나라 보건의료체계의 여러 가지 약점이 그대로 노출되었고 유명 대형병원조차 격리(음압)병상이 제대로 갖추어지지 않다는 사실에 많은 사람들이 충격을 받았다. 많은 병원들이 격리(음압)병상을 설치하거나 운영하는데 소극적인 이유는 MERS 환자와 같이 음압병상을 필요로 하는 환자가 늘 있는 것이 아닌데다 운영하더라도 적자가 발생하기 때문이다. MERS가 진정되고 거의 종식된 현 시점에서 주로 공공병원에 설치된 격리(음압)병상은 비록 수익이 나지 않고 적자가 많이 발생하더라도 공공병원이 수행해야 할 중요한 공공의료기능으로 국민들이 인지하게 되었다. 그리고 갑자기 의문이 생겼다. - 내가 근무하는 보라매병원에 격리(음압)병상 운영으로 발생하는 적자는 얼마나 될까? - 보라매병원은 격리(음압)병상 운용으로 인해 2013년 기준으로 10억 3천 만 원의 손실이 발생하였다. 이 같은 계산이 가능했던 이유는 2014년에 건강보험 적자 (혹은 착한 적자)를 계산하는 정부 프로젝트가 있었고 여기에 격리(음압)병

“어쩔 수 없이 발생하는 ‘착한 적자’와 그렇지 않은 비효율적에 근거하는 ‘나쁜 적자’를 구분하여 공익적 적자에 대해서는 지원을 하겠다는 의지를 천명한 것이다.”

상 운영으로 인한 손실이 공공병원(지방의료원)의 공익적 활동으로 포함되었으며 이를 계산하기 위한 방법이 보고서에 제시되어 있기 때문이었다. 그렇다면 공공병원이 수행하는 주요 공공의료기능은 무엇이고 그로 인해 발생하는 적자의 규모는 얼마나 될까? 이 글에서는 최근 보건복지부에서 수행한 “지방의료원 공익적 비용 계측 및 경영컨설팅 연구”(보건복지부, 2014)를 이용하여 이에 대한 해답을 정리해 보도록 하겠다.

2. 진주의료원 사태가 촉발한 공공병원의 공익적 적자의 계량적 접근

널리 알려진 것처럼 경상남도가 2013년 2월에 발표한 진주의료원 폐업 방침은 전국적인 사회적, 정치적 쟁점이 되었고 공공병원의 공익적 활동으로 인한 적자를 계량적으로 계산하게 되는 직접적인 계기가 되었다. 대부분의 지방의료원의 경우 원인과 규모가 다르지만 상당한 적자를 가지고 있다(이건세, 2013 ; 정백근 2013). 지방의료원은 민간의료기관과 달리 노숙인, 의료급여 및 차상위 계층 진료, 낮은 비급여 수가, 사회적 안전망 유지를 위한 시설 및 장비 투자 등으로 인해 발생하는 적자가 있다. 하지만 진주의료원 사태 이후 지방의료원이 공공의료기관으로서의 기능과 역할을 충분히 수행하지 못하면서 방만한 경영으로 인해 효율성이 떨어진다는 비판도 강하게 제기 되었다. 지방의료원의 적자 원인이 불가피한 것인지 아니면 비효율에 의한 것인지를 계량하여 따져 봐야 할 필요성이 생긴 것이다. 특히 대통령이 지방의료원의 적자에 대하여 “요즘 ‘착한 적자’라는 말이 있다. 이것은 그냥 낭비가 아니라 공공의료를

하다 보니까 필요한 부분이면 정부가 지원하고 개선해 나갈 필요가 있다”라고 언급하였다. 즉, 지방의료원의 적자 중 공공의료를 수행하면서 어쩔 수 없이 발생하는 “착한 적자”와 그렇지 않은 비효율적에 근거하는 “나쁜 적자”를 구분하여 공익적 적자에 대해서는 지원을 하겠다는 의지를 천명한 것이다. 그렇다면 지방의료원의 공익적 적자는 어떻게 정의되어야 하는가? 지방의료원의 공익적 적자를 명확하게 정의하기는 어렵지만 “공익적 의료의 제공, 사회적 안전망의 유지, 중앙 및 지방정부의 정책 수행, 지역사회 공익적 활동을 위한 어쩔 수 없이 발생하는 손실”이라 할 수 있다(보건복지부, 2014). 공익적 적자의 규모를 파악하기 위해서는 우선 공익적 활동(기능)이 무엇인지가 정의되어야 하고 그에 따른 손실을 계량적으로 측정해야 한다. 그러나 지방의료원의 공익적 활동(기능)에 대해서는 많은 논란이 있고 지금까지 어떤 형태로든 합의를 도출해 본적이 없기 때문에 전문가들의 직관을 객관화하여 합의에 이르게 하는 델파이기법(강영호, 1998)을 이용하여 지방의료원이 수행하는 여러 공익적 활동에 대한 합의를 도출하였고 이 합의를 바탕으로 공익적 활동을 수행하는데 있어 발생하는 적자를 계산하는 산식을 개발하고 이를 이용하여 적자 규모를 산출하였다.

3. 공공병원이 수행하는 공공의료기능 정의

그렇다면 공공병원이 수행하는 공공의료기능을 어떻게 분류하고 정의할 수 있을까? 이와 관련하여 여러 논란이 있을 수 있지만 다음과 같이 적

“공공병원에서 발생한 적자 중 상당부분이 공익적 비용에 의해 발생했다. 공익적 비용에 대한 적극적인 지원이 필요하며, 비효율적 요소가 없는지를 점검해 보아야 할 것이다.”

정·필수의료, 사회안전망, 시장실패, 정책·행정의료 및 거버넌스, 보건사업의 조정 및 운영 등 5개 영역으로 분류하였다(표 1). 각 영역에 포함된 내용은 다음과 같다. 첫째, 적정·필수의료는 1) 적정의료 제공으로 인한 건강보험 환자의 비급여 수입 손실, 2) 9개 필수진료과 운영비용 등 총 2개 항목을 포함하였다. 둘째, 사회안전망은 1) 의료급여 중별 가산율 차이비용, 2) 정신건강의학과 수가 차이 비용, 3) 취약계층 환자진료로 인한 비용 등 총 3개 항목을, 셋째, 1) 응급실 운영비용, 2) 중환자실(신생아 중환자실 포함) 운영비용, 3) 분만 및 신생아실 운영비용, 4) 행려병동 운영비용, 5) 격리병동(음압병동 포함) 운영비용, 6) 호스피스병동 운영비용, 7) 정신병동 운영비용, 8) 재활치료실 운영비용, 9) 지역특수시설 운영비용, 10) 지역특수사업 운영비용 등 총 10개 항목을 포함하였다. 정책·행정의료 및 거버넌스는 1) 병원 내 무료진료, 무료수술, 무료검진 사업으로 인한 비용, 2) 무료간병인사업 비용, 3) 공공병원으로서 선도적사업 비용, 4) 공공병원의 의무적 정책 시행: 인프라비용, 5) 응급/재난에 대한 협조 비용 등 총 5개 항목을, 보건사업의 조정 및 운영은 1) 지역주민 대상 포괄적 의료서비스 사업으로 인한 비용, 2) 공공보건의료사업팀: 인력비용 등 2개 항목을 포함하였다.

Ⅰ 표 1. 지역거점병원의 공익적 기능 항목

대분류	정의	중분류
적정·필수의료	표준적이며 필수적인 의료서비스 공급	적정의료 제공으로 인한 건강보험 환자의 비급여 수입 손실 9개 필수 진료과 운영
사회안전망	취약계층의 진료 및 치료	의료급여 종별 가산율 차이로 인한 비용 정신건강의학과 수가 차이로 인한 비용 취약계층 환자진료로 인한 비용
시장실패	민간의료기관에서 원활히 공급되지 못하는 시설을 교정하기 위한 시설의 설치 및 운영	응급실 중환자실(신생아 중환자실 포함) 분만, 신생아실 행려병동 격리병동(음압병동 포함) 호스피스 병동 정신병동 재활치료실 지역특수에 따른 필수시설 지역특수에 따른 필수사업
정책·행정 의료 및 거버넌스	<ul style="list-style-type: none"> 정책·행정 의료 : 중앙 및 시도의 정책 결정으로 생기는 정책 수행 및 행정적 업무 수행에 필요한 모든 보건의료 활동 및 사업 거버넌스 : 공공보건의료기관으로서 주민참여, 정보공개, 감시 등을 위한 활동 	병원 내 무료진료, 무료수술, 무료검진 무료간병사업 공공병원으로서의 선도적 사업 공공병원의 의무적 정책시행 응급/재난에 대한 협조
보건사업의 조정 및 운영	지역사회를 대상으로 하는 모든 보건사업	지역주민대상 포괄적 의료서비스 사업 공공보건의료사업팀 : 인력비용

4. 공공의료기능을 수행하면서 발생하는 적자의 규모

이렇게 정의된 5개 영역 22개 공익적 활동을 통해서 발생하는 적자의 규모는 약 856억 정도로 추정되었다. 가장 큰 부분은 시장실패 영역으로 418억 정도의 적자(중복포함 금액)가 발생하고 있었다(그림 1). 이번에 MERS로 인해 온 국민이 알

게 된 격리(음압)병상 운용으로 38개 지방의료원과 5개 적십자병원에서 발생한 공익적 적자는 31억 원 정도로 평가되었다. 표 2는 각 지방의료원과 적십자병원에서 발생한 전체 공익적 비용을 정리한 표이다. 예를 들어 서울의료원의 경우 2013년 기준으로 896억 원 규모의 수익이 있었고 총 172억의 적자가 발생했다. 이 중 공익적 비용(적자)로 산출된 금액은 105억 원 정도이며 이 금액

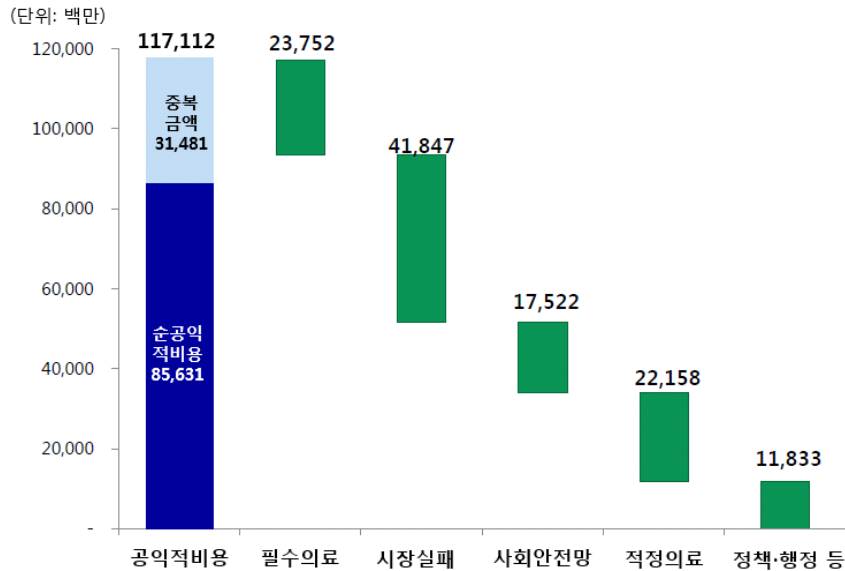


그림 1. 공익적 비용의 구성

에는 격리(음압)병상 운용으로 인한 손실 3억 원이 포함되어 있다고 해석하면 된다.

손실에 대해서는 비효율적 요소가 없는지를 다시 한 번 점검해 보아야 할 것이다.

5. 결론

지금까지 공공병원의 공공의료기능현황과 그로 인한 적자규모를 지역거점공공병원(지방의료원과 적십자병원)을 중심으로 살펴보았다. 각 공공병원에서 발생한 적자 중 상당부분이 공익적 비용에 의해서 발생했다는 것을 확인할 수 있었다. 하지만 일부 병원의 경우 공익적 비용을 제외하더라도 여전히 발생하는 손실이 있다는 것도 확인할 수 있었다. 개정된 공공의료에 관한 법률에 의하면 공공병원에서 발생한 공익적 비용에 대해서는 정부나 해당 지방자치단체의 재정적 지원이 가능하게 되었으므로 공익적 비용에 대한 적극적인 지원이 필요하며, 공익적 비용을 제외하고도 발생하는

마지막으로 이번에 정의된 공공의료기능을 살펴보면 반드시 공공병원만이 수행해야 되는 기능이 아닌 병원이라면 공공/민간에 상관없이 수행해야 기능들이 많이 포함되어 있다는 것을 알 수 있을 것이다. 또한 공공의료에 관한 법률도 민간병원도 공공의료의 수행 주체가 될 수 있도록 개정되었다. 따라서 공공병원만 공공의료 기능을 수행해야 한다고 해석해서는 안 되며 민간병원도 공공의료 기능을 수행할 수 있으며 이로 인한 적자가 발생할 경우 이를 건강한 적자(혹은 착한 적자)나 공익적 비용으로 인정해 주어야 하며 정부나 지방자치단체가 이러한 비용에 대해 일부 또는 전부를 보전해 줘야 할 의무가 있다고 해석하는 것이 바람직할 것이다.

Ⅰ 표 2. 지방의료원별 공익적 비용 Ⅰ

(단위: 백만 원)

의료원	수익	손익	공익적 비용	격리(음압) 병상
서울의료원	89,616	-17,217	-10,575	-301
인천의료원	36,939	-3,312	-4,600	-8
수원의료원	21,057	-2,239	-1,944	-406
안성의료원	14,225	-1,345	-1,623	-262
의정부의료원	19,353	-2,169	-3,352	-76
이천의료원	13,390	-2,338	-1,712	-
파주의료원	18,963	-3,130	-2,280	-
포천의료원	20,392	-2,578	-2,828	-43
청주의료원	46,968	-508	-2,849	-
충주의료원	29,613	-581	-2,124	-291
공주의료원	17,463	-1,751	-1,576	-148
서산의료원	23,808	-692	-2,866	-198
천안의료원	11,170	-3,939	-1,004	-123
홍성의료원	35,822	-2,580	-4,478	-81
군산의료원	38,138	-2,391	-2,860	-30
남원의료원	28,029	-2,601	-2,175	-232
강진의료원	10,019	-3,030	-1,092	-
목포시의료원	12,582	-622	-842	-
순천의료원	16,134	-1,099	-1,563	-
대구의료원	37,883	-3,259	-2,475	-48
김천의료원	28,029	-1,907	-2,355	-106
안동의료원	21,398	-2,742	-2,163	-75
울진의료원	11,464	-1,525	-1,009	-19
포항의료원	16,808	-1,569	-1,687	-87
부산의료원	58,288	-3,437	-4,021	-188
마산의료원	20,754	-1,094	-1,039	-
강릉의료원	8,655	-977	-472	-
삼척의료원	12,488	-1,191	-2,049	-
속초의료원	13,101	-3,151	-1,604	-
영월의료원	13,192	-263	-1,192	-67
원주의료원	21,639	-792	-1,676	-94
서귀포의료원	21,625	-2,850	-3,386	-
제주의료원	8,544	-508	-1,238	-
거창적십자병원	7,093	-717	-1,198	-99
상주적십자병원	19,488	23	-1,376	-
서울적십자병원	26,750	-1,444	-2,464	-133
인천적십자병원	13,781	-1,439	-1,355	-
통영적십자병원	6,523	-1,230	-527	-

● 참고문헌

1. 보건복지부. 지방의료원 공익적 비용 계측 및 경영컨설팅 연구. 2014.
http://www.prism.go.kr/homepage/theme/retrieveThemeDetail.do;jsessionid=6A9FD3DD0A4B7359C015E855BE60EAD6,node02?cond_research_name=&cond_organ_id=&cond_research_year_start=&cond_research_year_end=&cond_brm_super_id=NB000120061201100060495&research_id=1351000-201300204&pageIndex=5&leftMenuLevel=110
2. 이진세. 착한 적자 이슈로 본 의료공급과잉시대 지방의료원의 기능과 역할. 의료정책포럼 2013;11(3):55-62.
http://webzine.rihp.re.kr/webzine_201310/w_04_02.html
3. 정백근. 진주의료원 사태의 경과와 현황. 국회 정책토론회. 2013.
4. Young-Ho Khang, Seok Jun Yoon, Gil-Won Kang, Chang-Yup Kim, Keun-Young Yoo, Youngsoo Shin. An Application of Delphi Method to the Assessment of Cancer Research. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 1998;31(4): 844-856.

제7차 한국표준질병사인분류중 한의학분류 통합의 문제점

이 혜 연

대한의사협회 학술이사
leehy@yuhs.ac



〈편집자 주〉 한국표준질병사인분류인 KCD. 통계청에서 수행하고 있는 한국표준질병사인분류작업은 단순히 사인분류만이 아니라 국가 보건의료 정책의 기초자료로 활용된다는 점에서 그 중요성을 가늠해볼 수 있다. 하지만 우리나라 통계청은 글로벌 스탠다드가 아닌 역방향으로 정책을 추진하고 있다. 과학적으로 입증되지 않은 한방을 KCD와 연계하면 그 통계는 어떻게 되겠는가. 통계청의 정책 오류가 무엇인지, 한국표준질병사 인분류표가 어떠한 의미를 갖는지 조명해보자.

통계청은 해마다 전년도에 ‘사망원인통계’를 발표한다. 우리나라에서 한 해 동안 발생한 사망자의 주요 사망원인을 세계보건기구(WHO)의 국제표준질병·사인분류 기준을 기초로 통계자료를 발표하는 것이다. 2014년도 통계청의 발표자료에 따르면 2013년 전체 사망자 26만6,257명 중에서 사망원인 1위는 악성신생물(각종 암질환)에 의한 사망이며, 총 7만6,621명이 사망하였다. 흥미로운 것은 사망원인 2위가 원인불명의 죽음이라는 것으로서, ‘달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견’으로 사인이 분류된 사망자가 2만4,566명에 달한다. 질병분류표에서 소위 R코드로 분류되는 ‘달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견’에 의한 죽음, 즉 원인불명의 죽음이 유난히 많다는 점이다. 그러나 이러한 사실은 가려지고 있다. 왜냐하면 실제 통계청의 사망원인 순위 발표에서는 ‘원인불명’의 죽음이 의학적으로 무의미하다는 이유로 제외되고 있기 때문이다. 2013년도 원인불명으로 처리된 사망자 비율은 전체 사망자의 9.2%에 달한다. 이러한 통계의 불명확함은 다른 OECD 회원국과 비교할 때 상당히 높은 수치이다. 우리나라와 달리 미국과 영국, 캐나다, 호주 등의 국가는 0.2~2%에 불과하다. 이러한 사망원인의 불명확함은 부검의 등이 부족한 제도의 문제도 있음은 반드시 개선되어야 할 것이나, R-코드를 생각 없이 남발하고 있기 때문은 아닌지도 분석할 필요가 있다.

통계청의 질병분류는 사망원인 통계를 위한 자료이다. 즉 사망진단서를 위한 통계에서 시작하였다. 그러나 현재 의사, 치과의사 한의사가 발급하는 진단서에 병명 기재를 통계청이 고시한 한국표

“통계청이 진행하는 한국표준질병사인분류작업은 국가질병통계 뿐만 아니라, 의학의 발전과 의료정책 수립을 위한 여러 분석·진단을 위한 검사방법 분석 등 보건관련 통계분석에 활용하게 되므로, 분류의 정확성과 전문성이 요구되기 때문이다.”

준질병사인분류를 따르도록 되어 있으므로, 진료현장의 상병분류의 기준처럼 정의되어 있으므로, 통계청이 진행하는 한국표준질병사인분류작업은 사인분류를 위해서만이 아니라, 우리나라의 보건 의료의 발전을 위한 통계라는 관점에서 그 기준을 면밀히 검토해야 한다. 국가질병통계 뿐만 아니라, 의학의 발전과 의료정책 수립을 위한 여러 분석·진단을 위한 검사방법 분석, 진단별 치료방법 분석, 질병에 따른 의료기관 이용실태 등의 보건관련 통계분석에 활용하게 되므로, 그 분류의 정확성과 전문성이 요구되기 때문이다. 이러한 의미를 생각해 볼 때 보건복지부가 그 전문성을 살려 한국표준질병분류표를 만드는 주무부서가 아닌 것은 매우 의아한 일이다. 사회보장정보원과 같은 보건복지부의 산하단체가 그 전문성을 살려 한국표준질병분류 체계를 수립하면, 이를 근거로 얼마든지 다양한 통계분석이 가능한 일이기 때문이다. 질병분류표를 개정하는 과정에서는 통계처리나 정보분석의 방법, 의무기록의 편리성만을 중요시하여 분류표를 만든다면, 정작 진료현장과는 거리가 먼 분류표가 되며, 이러한 점이 결국 부정확한 통계 결과로 나타나기 때문이다. 따라서 한국표준질병

사인분류의 개정작업은 반드시 의료계와 관련 정부부처와의 긴밀한 협조가 필요하다.

우리나라는 다른 나라와 달리 의학과 한의학이 이원화되어, 법률적으로 의사와 한의사의 직무범위를 상호배타적으로 구분하고 있다. 이러한 배타적 의료이원화 체계는 1951년 제정된 후 지금까지 유지되어, 의사(醫師)와 한의사(韓醫師)를 별도의 면허제도로 운영하고, 해당면허에 따라 상대 직업에 속하는 처방이나 시술을 엄격히 제한하고 있다. 이러한 배타적 면허제도를 침해한 의료행위는 법적인 처벌 대상이 된다(의료법 제 87조). 따라서 의료인이라 할지라도 해당면허를 소지하지 않은 자가 처방, 처치, 시술을 하는 경우는 모두 무면허의료행위로 간주하도록 의료법에 규정되어 있다(의료법 제 27조, 무면허행위 등 금지조항). 또한 방사선기사, 임상병리사, 물리치료사와 같은 의료기사에 대한 지도권 부여 여부도 두 직업이 구별되어, 한의사에게는 의료기사의 지도권이 없는 상태이다(의료기사 등에 관한 법률 제 1조 및

시행령 제 2조). 또한 두 직업은 면허와 행위의 구분 외에도 진료과목, 전문의제도, 개설의료기관의 시설 기준 및 정원 등에서도 구별된다.

이렇게 이원화된 의료서비스 전달체계를 운영하는 취지는 의료인들의 행위를 면허에 의해 분명하게 구분하여 무자격자에 의한 소비자 피해를 차단하고, 직종별 전문성을 최대한 보장하여 국민들이 높은 수준의 서비스를 안정적으로 제공하면서 소비자들의 선택 폭을 확대할 수 있도록 하는 것이다. 의학과 한의학이라는 각 학문의 특성을 유지한 상태에서 각각의 학문발전과 직역별 전문성을 보장하려는 의미도 가지고 있다.¹⁾ 배타적 의료이원체계가 잘 운영되지 못하면 의사와 한의사의 업무영역을 둘러싼 갈등이 깊어지게 된다. 의료최근 각 학문의 영역을 확장하는 “융합”이 큰 화두가 되면서, 의학과 한의학의 융합에 대한 논의도 시작되고 있다. 융합은 단순히 학문의 경계를 침범하거나 섞어버리는 것을 의미하지 않는다. 융합은 각 학문이 뚜렷한 전문성이 최고조에 이르고, 이러한 전문성의 완성에도 불구하고 답을 찾지 못하여, 타학문의 전문성을 필요로 할 때 융합을 논의하는 것이다. 즉 의학과 한의학도 융합하려면 각 학문의 전문성과 이론적 근간이 확실한 상태에서 가능하다. 의학의 학문적 근간은 전 세계의 학술대회 등을 통하여 끊임없이 발전해 가고 있다. 근래 들어 침구학이나 한약재의 범위를 넘어서, 한의학 이론의 과학성을 규명하는 연구들을 위하여 현대의학의 생의학적 방법론과 보완대체 의학 연구방법론을 기초로 하는 여러 실험실 연구

“이원화된 의료서비스 전달체계를 운영하는 취지는 의료인들의 행위를 면허에 의해 구분하여 무자격자에 의한 소비자 피해를 차단하는 것이다. 융합은 타학문의 전문성을 필요로 할 때 논의하는 것이다. 즉 의학과 한의학도 융합하려면 각 학문의 전문성과 이론적 근간이 확실한 상태에서 가능하다.”

1) 윤강재, 김동수; 의-한의 공생발전을 위한 통합적 접근방법 모색, 한국보건사회연구원, 2013.

를 활발해 지고 있다는 현상은 한의학(韓醫學) 이론의 바탕을 수립하는데도 필요하며, 의학과 한의학이 서로의 특성과 전문성을 이해하는데도 중요한 근거가 될 것이다. 한의학 이론적 근거가 확실해 지면 두 학문의 장점을 살리는 융합도 가능할 것으로 생각한다.

앞에서 언급한 바와 같이, 우리나라는 현재 국제적으로 표준화되고 있는 현대의학과, 대한민국의 전통의학인 한의학(韓醫學)이 서로 배타적으로 공존하고 있다. 이는 중국의 통합형 일원화체계가, 대만의 내포적 수용형태와도 다르며, 일본은 전통의학을 활용하면서도 국가가 인정하지는 않는 용인형태와도 다르다²⁾. 이와 같이 동아시아지역에서도 독특한 이원화된 배타적 면허 제도를 유지하는 나라에서 의학과 한의학의 진료영역과 학문적 영역이 구별되고 있음을 생각할 때, 통계청이 2009년 7월 20일 일방적으로 KCD를 한방과 연계하고, 별도로 규정된 한의학질병분류코드인 U 코드를 활용하도록 고시한 것은 매우 잘못된 결정이다. 이는 한의학의 고유성을 침해하고, 한의학이 한계를 스스로 드러내게 했다. 한의학 진료에 현대의학의 질병명이 필요하면 U 코드 내에 이러한 것을 신설한 후, 비고나 주석에 해당하거나 유사한 현대의학의 질병코드를 병기했다면, 의학과 한의학이 서로 다르게 표현하고 있는 두 질환이 정말 동일한 것인지, 서로의 접근방법의 차이점은 무엇인지도 쉽게 분석이 가능하며, 의-한의 일원화의 시간을 앞당겼을 것이다. 그러나 한의사가 임의로 본인들의 질병 중 일부를 의학의

“통계청이 일방적으로 KCD를 한방과 연계하고, 별도로 규정된 한의학질병분류코드를 활용하도록 고시한 것은 매우 잘못된 결정이다. 한의학의 한계를 스스로 드러냈다.”

질병과 동일 한 것으로 정의하고, 그러한 정의가 두 직역간에 검토된 바 없이 한의계에서 일방적으로 정하여 시행되고 있는 것에 대해 정부가 묵인하고 있는 것이 더 문제이다. 질병관련 통계를 만들 때 이용된 의료기관, 면허의 종류(의사, 한의사)에 따라 이들을 다시 구별하면서 통계자료를 만들어야 하며, 그 중 일부는 개념이 맞는지 검증되지 않은 상태라는 것은 정확한 통계를 위한 결정인가를 생각해 보게 한다. 더욱이 통계청의 이러한 결정은 의료법에서 따라서 의료인이라 할지라도 해당면허를 소지하지 않은 자가 처방, 처치, 시술을 하는 경우는 모두 무면허의료행위로 간주하도록 규정된 의료법(의료법 제 27조, 무면허행위 등 금지조항)을 정부기관이 스스로 규정을 만들어 침해하도록 만들고 있음을 의미하기 때문이다. 더욱이 이러한 결정이 상호간의 학문적 검토 없이 진행된 부분에 대해 불안했던 의료계의 정당한 의견개진을 무시하고 잘못된 KCD-6를 강행하여, 의사와 한의사간의 갈등과 다툼을 부추기고, 양 직역의 갈등으로 인해 국민을 불안하게 한 사태에 대해서는, 당연히 주무부서인 보건복지부가 통계청에 항의하고, 문제해결에 앞장섰어야 한다.

2) 문옥륜, 김은영, 신은영, 김혜영, 천희란; 동북아시아 4개국의 양한방의료협진체계비교, 보건행정학회지 13(2): 1-22, 2003.

이렇게 잘못된 KCD-6가 더욱 개악된 KCD7으로 고시된 일에 대해서 의료계는 경악을 금치 못하고 있다. 지난 5년간 한의계가 사용한 U코드와의 현대의학 코드들이 정확하게 사용되었는지에 대한 아무 검토도 없이, U-code하의 한의병명 코드 76개를 현대의학 질병코드에 대응시키고, U코드는 정리하여 149개만 남겼기 때문이다. 이쯤에서 한의학계의 한의분류에 대해 살펴볼 필요가 있다. 한의계는 1973년도에 한의분류(KCDO)를 제정하고, 1979년 1차 개정, 1994년에 2차 개정을 하였다. 3차 개정하는 당시 본인들이 진료하는 영역에서 부족한 질병분류코드를 새로이 생성하는 노력을 하지 않고, 단순히 KCD의 특수목적코드를 차용하는 작업을 하여 이용하고 있으며, 한의계가 사용하는 코드는 소수로 국한된다고 강변하고 있다. 필요한 현대의학 질병명을 한의계로 임시로 수용하여 새로운 한의분류 코드를 만들어 사용하면서 그것을 한의계가 생각하는 병과 일치하는지, 타당한지를 검토하지 않은 것이다. 그 결과 한의학의 어떤 부분들이 의학과 융합할 수 있는지를 과학적으로 증명할 기회조차 놓치게 되었다. 한의사 고유의 질병분류표를 유지하고 활용하여야 한의학의 질병 규모, 질병시 의료이용실태 등이 분석될 수 있을 것이다. 한의학이 의학과 동일한 부분이 많음은 반드시 학문적으로 증명되어야 하는 부분이다. KCD-7의 한의분류개정을 위한 연구결과보고서3)에서, U-code하의 한의병명 코드 76개가 어떠한 근거로 현대의학의 질병분류코드인 A-Z에 대응시켜 통합할 수 있으므로 삭제하기로 결정하였는지에 대한 설명은 전혀 찾을 수 없었다. U코드 한의분류표에서 대응 가능하다고 삭제된 76개의 코드 중 42개는 R-의학분류 코드

와 대응할 수 있다고 설명한다. R-코드는 단순히 애매하여 부여하는 것이 아니라, (a) 사례에 관한 모든 사실을 검사하였음에도 불구하고 더 이상 명확한 진단을 내릴 수 없는 경우, 검사결과가 나오기 전에 전원한 경우 등을 포함하는 분류이므로, 과연 한의분류 42개 질환이 이러한 경우에 맞는 것인지를 분석해야 한다. 대응가능하다고 삭제된 또다른 34개의 한의분류코드는 대부분이 현대의학 질병코드가 “감염성기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염(A09.0)”, “상세불명의 간질(G40.9)”, “상세불명의 눈꺼풀염증(H01.9)”, “세균학적 및 조직학적 검사를 하지 않은 폐결핵(A16.1)” 등과 같은 상세불명이 붙는 질병분류와 일치하는 것으로 비교에 설명되어 있음에 주목하여야 한다. 이는 한의계 스스로가 한의학의 질병 분류가 얼마나 애매한지를 입증할 뿐이다. 더욱이 다음에 설명할 국제전통의학분류의 원칙에도 맞지 않는다. 이러한 분류를 기준으로 삼은 우리나라 통계자료를 신뢰해야 하는가?

현재 세계보건기구에서 진행하고 있는 전통의학국제분류체계(ICTM, International Classification of Traditional Medicine)는 2006년부터 분류체계 개발이 착수되고 WHO FIC 연례총회에서 승인되었고 현재 마무리 진행이 늦어지고 있다. 2011년도 용어 분과에서 제정한 작업원칙을 정할 때, 각국의 해당용어를 연결할 때, ICD 용어는 전통의학과 현대의학의 개념이 완전히 일치할 경우에 한하여 사용하기로 결정한 것은 주목해야 한다. 또한 질병(disease)을 disorder으로 대체하기로 하였으나, ICD에서 질병(disease)은 명확한 기준을 충족할 경우에 한하여 부여되는 명칭인데

반해 전통의학의 병명(disorder)은 질병(disease)의 기준을 충족시키기 어려운 경우가 많은 것이 문제인 것에 대해서도 토의한 바 있다. 현재 한국 한의학계도 중국이 리드하는 동아시아 그룹의 일원으로 참여하고 있다고 하며, 보고서³⁾에 의하면 ICTM의 disorder와 pattern이 KCD-6의 한의병명과 한의병증에 해당하는 내용으로 구성되어 있다고 하고, 국제적 흐름이 전통의학 분류를 Traditional medicine으로 표기하고 있으므로, U 코드로 분류되는 부분의 영문표제어는 Korean Traditional Medicine으로 변경하는 것이 국제적 표준에 맞는 일이다. 국내에 한 대학에 의과대학과 한의과대학이 공존하는 경우 그 대학의 명칭이나 병원의 명칭에서 한의대나 한방병원을 구별하기 위해 반드시 Oriental이라는 이름을 명기하고 있음에도, 우리나라 한의학을 Korean Oriental Medicine 또는 Korean Traditional Medicine이라고 명기하여, 현대 의학과 구별하는 것도 한의학의 자존심이자 국제적 매너라 할 것이다.

1981년에 우리나라 한의학이 중의학과 다르다고 주장하여 한자도 바꾸었으나, 지금까지 우리나라 한의학의 독창성을 증명하지 못하고 있음은 안타깝다. 현재의 한의학 교과서 내용은 중의학과 크게 다르지 않다.⁴⁾ 동아시아 전통의학이 중국 중심으로 흐르고 있는 이때 우리 한의학계가 많은 연구를 통하여 이러한 점을 증명할 수 있게 되기를 바란다. 국제화 시대에서 스스로 학문을 고립시키는 것은 우리나라 한의학계의 발전을 위해서

“향후 우리나라가 중국이나 대만, 일본과 같이 의학과 전통의학의 합일점을 찾고 일원화할 수 있으려면 학문적 근거를 제시하고, 한의학(韓醫學)이 한의학(漢醫學)과 차별되는 독창성과 우수성이 있음을 증명해야 할 것이다.”

도 올바르지 않을 수 있기 때문이다. 향후 우리나라가 중국이나 대만, 일본과 같이 의학과 전통의학의 합일점을 찾고 일원화할 수 있으려면 학문적 근거를 제시하고, 세계 한의학계와 교류하며 발전하며, 한의학(韓醫學)이 중국의 한의학(漢醫學)과 차별화되는 독창성과 우수성이 있음을 증명해야 할 것이다.

통계청 자문회의가 요식적으로 진행되며, 자문위원들이 전문적 수정요구가 번번이 묵살되고 있음도 주목해야 한다. 이번 KCD-7을 진행하면서 의협으로는 일부 자료만이 선별되어 용어검토만 의뢰되었고, 전문가 자문위원회도 2회만 개최되었으며, 그나마도 자문위원들에게 모든 자료를 사전 검토할 수 있게 공개한 것이 아니므로, 자문위원회에서 설명된 자료에 대해서는 미처 의견 개진할 수 없었으며, 의견은 서면 제출을 받고 이에 대한 상호검토나 토론이 없는 절차는 좀 더 개선되어야 할 것이다. 더욱이 이번 개정안을 위한 연구과제 심사를 2014년 5월에 시행했던 것을 생각한다면, 상당히 단기간 내에 KCD-7 개정작업이

3) 한의분류 통합개정과 국제전통의학분류 분석연구 최종보고서, 동국대학교 산학협력단, 2014년 12월

4) 이종열, 현대 한의학 정체성 문제 연구, 동의생리병리학회지 25(5): 777-789, 2011

이루어 졌음을 알 수 있다. 한의학 코드 중 76개 중 현대의학의 질병코드를 차용할 수 있음에 대해 두 직종간의 검토나 토론이 없었음은 물론 보고서에도 그 논거가 없다는 것은 이러한 결정에 대해 재검토해야 할 필요가 있음을 의미한다.

한국표준질병사인분류표가 단순히 사망통계만을 위한 근거자료가 아님을 생각할 때, 통계청과, 의료계는 물론 관계 부서들의 긴밀한 협조만이 의

학적 근거가 탄실한 한국표준질병분류표를 탄생시킬 수 있을 것이다. 지금이라도 KCD-7의 불합리하고 잘못된 부분을 개선하여 시행하여야, 정확하고 쓰임새 있는 우리나라 보건통계 자료들이 만들어질 것이며, 보다 유용한 의료정책의 입안이 가능할 것이다. 이를 위하여 통계청과, 보건복지부 및 그 산하 단체와 의료계와의 긴밀한 협조가 이루어지기를 간절히 바란다.

감염병 관련 법적분쟁과 규제에 관한 합리적 해결방안

이 경 환

법무법인(유한) 화우 변호사/연세대학교 보건대학원 겸임교수
khlee555@hwawoo.com



〈편집자 주〉 메르스가 휩쓸고 간 우리나라 사회 곳곳은 후폭풍이 만만치 않게 몰아 닥쳤다. 환자발생으로 인한 의료기관의 손실 보상 문제를 비롯하여 환자측으로부터 제기된 병원에 대한 손해배상문제 등 여러 가지 목소리들이 다양하게 표출되고 있는 상황. 이에 따라 국회에서도 감염병 예방 및 관리에 관한 법률을 손질하는 등 힘든 상황에서도 바쁜 일정을 소화해내야만 했다. 앞으로 빈번하게 발생할지도 모를 감염병 문제에 대해 법적 테두리 내에서 합리적 해결방안이 무엇인지를 법적 고찰을 통해 알아보기로 하자.

1. 서설

최근 MERS 감염관련 일련의 사태로 사회가 혼란하고 경제가 흔들리는 등 우리사회가 커다란 어려움을 겪었다. 여기서는 감염병과 관련하여 일어나는 제반 법률적 분쟁으로 인한 불필요한 사회적 비용을 줄이고 합리적인 해결방안을 모색하여 보고자 한다.

2. ‘감염병 환자’와 관련한 법적 분쟁

가. 병원에 대한 손해배상

1) 최초 감염병 환자에 대한 확진 이전

특정 감염병의 최초 환자에 대한 확진이 있기 이전에는 병원에 대하여 현실적으로 해당 감염병의 예방 및 관리를 위한 특정한 주의의무가 있다고 보기 어렵다. 또한 의료법에서는 일반적인 감염병의 예방 및 관리에 대한 주의의무를 규정하고 있을 뿐이다.

따라서 특정 감염병에 대한 최초의 확진 이전에는 병원이 임상의학에서 통용되는 의료수준의 범위 내에서 일반적인 감염병에 대한 주의의무를 다하였다면, 환자가 다른 질병으로 인해 병원에서 치료를 받다가 특정 감염병에 감염되었다 하더라도 병원에 과실이 있다고 보기 어렵다.

“특정 감염병에 감염된 환자의 경우, 국가가 해당 감염병의 예방, 관리 의무에 대한 주의의무를 다하지 아니했다면 국가배상책임을 물을 수 있다.”

2) 감염병 확진 이후

특정 감염병이 확진된 이후에는 확진환자가 발생한 병원은 물론 다른 병원도 해당 감염병에 대해서 확진 이전보다 높은 주의의무가 요구된다.

실제로 최근에 발생한 ‘MERS사태’에서는 MERS가 확진된 이후에도 병원 내에서 MERS에 감염된 환자가 다수 발생하여 위 문제에 대하여 법적 분쟁이 발생할 수 있다. 하지만 이 경우에도 병원의 과실 책임이 인정되기 위해서는 환자들이 MERS에 감염되었다는 사실의 존재만으로는 병원의 과실을 인정하기에 부족하고, 환자들이 병원 내에서 치료를 받는 과정에서 병원이 환자들의 MERS 감염을 예방하기 위하여 당시의 임상의학에서 통용되는 의료수준에서의 예방조치를 게을리 하였다는 점이 인정되어야 할 것이다.

하지만 이 경우에도 감염병에 있어서는 특정병원의 조치보다는 후술하는 바와 같이 국가와 지방자치단체의 지시가 우선하기 때문에 국가와 지방자치단체의 지시에 성실하게 협조하고, 감염병환자의 진단·관리·치료에 최선을 다하였다면 환자가 병원에서 치료를 받다가 특정 감염병에 감염되었다 하더라도 병원에게 과실 책임을 묻는 것은 현실적으로 어렵다.

나. 국가·지방자치단체에 대한 손해배상 및 손실보상

1) 국가와 지방자치단체는 감염병의 예방 및 관리에 대해 「의료법」과 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에서 국가에 대해 상당한 권한을 주고 의무를 부과하고 있기 때문에, 일반적으로 병원보다 높은 주의의무가 요구된다.

2) 따라서 손해배상에 있어서 특정 감염병에 감

염된 환자의 경우 국가가 해당 감염병의 예방 및 관리 의무에 대한 주의의무를 다하지 아니하였다면 이를 근거로 국가배상책임을 물을 수 있다.

3) 나아가 손실보상에 있어서 국가가 특정 감염병에 관한 예방 및 관리에 대한 주의의무를 다하였음에도 해당 감염병에 감염된 환자의 경우 해당 감염병의 치료를 위하여 입은 피해에 대한 보상 문제가 발생할 수 있다.

이에 대해서는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 2015. 7. 6. 일부 개정되기 이전까지는 아무런 규정이 없어 보상여부와 기준에 대해서 논란이 있었다. 하지만 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 2015. 7. 6. 개정되면서 제6조 제1항 및 제3항의 신설¹⁾로 인하여 이에 대한 문제가 입법적으로 해결되었다.

3. ‘격리조치’와 관련한 법적 분쟁

가. 서론

1) 감염병 환자에 대해서 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 의하여 감염병 환자의 경우 필요에 따라 격리치료를 받아야 하고, 이로 인해서 발생하는 손해에 대한 문제가 제기될 수 있다.

2) 감염병의사환자의 경우 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 감염병의 전파를 막기 위해서 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따라 감염병의사환자를 적당한 장소에 일정한 기간 입원 또는 격리시킬 수 있고, 이 경

우에도 감염병환자의 경우와 마찬가지로 격리로 인하여 발생하는 손해에 대한 문제가 발생할 수 있다.

3) 병원의 경우 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 감염병의 전파를 막기 위해서 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따라 해당 장소를 일시적으로 폐쇄 등 조치를 취할 수 있고, 병원에 대한 업무정지 조치를 취할 수 있다.

이 경우 해당 병원이 일정기간 업무를 하지 못하게 됨에 따라 발생하는 피해보상에 대한 문제가 발생할 수 있다.

나. ‘감염병환자’ 및 ‘감염병의사환자’의 격리조치에 대한 보상

이에 대해서는 앞서 설명한 바와 같이 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 2015. 7. 6. 일부 개정되기 이전까지는 아무런 규정이 없어 보상여부와 기준에 대해서 논란이 있었다. 하지만 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 2015. 7. 6. 개정되면서 제6조 제1항 및 제3항의 신설로 인하여 이에 대한 문제가 입법적으로 해결되었다.

다. 병원의 ‘일시 폐쇄’ 및 ‘업무 정지’ 조치에 대한 보상

1) 2015. 7. 6. 개정 이전의 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따라 감염병위기 시 감염병 관리기관

1) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제6조(국민의 권리와 의무) ① 국민은 감염병으로 격리 및 치료 등을 받은 경우 이로 인한 피해를 보상받을 수 있다.

③ 국민은 의료기관에서 이 법에 따른 감염병에 대한 진단 및 치료를 받을 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 이에 소요되는 비용을 부담하여야 한다.

으로 지정된 병원에 대한 손실 보상 규정만이 제 70조에 규정²⁾되어 있었다.

2) 따라서 감염병 환자 발생으로 인하여 국가가 특정병원에 ‘일시폐쇄’ 명령을 하거나 ‘업무정지’ 지시를 한다 하더라도 피해보상에 대한 근거 규정이 없어, 보상여부와 기준에 대해서 논란이 있었다.

3) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 2015. 7. 6. 일부 개정됨에 따라 제5조 제1항이 신설³⁾이 되어 감염병의 진단 및 치료 등으로 인하여 발생한 피해에 대한 보상을 받을 수 있도록 일반적인 보상규정이 마련되었다.

하지만 ‘감염병 환자의 진단 및 치료 등으로 인하여 발생한 피해’의 범위에 대해서는 여전히 논란이 있을 수 있다. 병원이 감염병에 대한 우려로 미리 휴업을 하는 ‘자진휴업’의 경우 이를 ‘감염병 환자의 진단 및 치료 등으로 인하여 발생한 피해’로 볼 수 있는지에 대한 문제 등이 제기될 수 있기 때문이다. 이에 대해서는 ‘자진휴업’과 ‘감염병의 위험’간에 인과관계의 정도를 고려하여 합리적으로 결정할 필요가 있다.

라. 소결

‘감염병환자’ 및 ‘감염병의사환자’에 대한 격리 조치로 인한 보상은 기존에는 아무런 규정이 없어 논란의 여지가 있었으나, 감염병의 예방 및 관리

에 관한 법률이 2015. 7. 6. 개정됨에 따라 입법적으로 해결이 되었고, 병원의 경우는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률개정으로 인하여 보상에 대한 근거규정은 마련하였으나, 보상의 범위에 대해서는 여전히 논란의 여지가 있다. 결국 구체적으로 어느 정도의 보상이 이루어져야 할지에 관하여는 하위법령의 보완과 아울러 선행사례가 축적되어야 할 것으로 보인다.

4. ‘병원명단 공개’와 관련한 법적분쟁

가. 서론

국가나 지방자치단체에서 감염병 환자발생 등 감염병과 관련한 병원들의 명단을 공개함으로써 발생할 수 있는 병원의 이미지 손상 및 내원환자 수 감소로 인한 손해배상 등의 문제가 생길 수 있다.

나. ‘국민의 생명권 및 알 권리’와 ‘병원의 이익’ 간 이익형량

1) 감염병과 관련된 병원들의 명단공개는 특정 감염병이 유행하는 동안 국민들이 해당병원의 방문을 하지 않도록 하는 등 국민들이 감염병 예방을 위하여 알아야 하는 정보를 공개한다는 측면에서는 ‘국민의 생명권 및 알 권리’와 직결되는 측면이 있다. 반면에 감염병과 관련된 병원들, 특히

2) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제70조(손실보상) ① 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 제37조에 따라 의료기관이 감염병 관리시설로 사용됨에 따라 손해를 입은 해당 의료기관의 경영자와 제49조제1항제13호에 따른 소독이나 그 밖의 조치로 손해를 입은 건물의 소유자에게 그 손해에 상당하는 비용을 보상하여야 한다.

② 제1항에 따른 보상의 범위와 보상액의 산정 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

3) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제5조(의료인 등의 책무와 권리) ① 「의료법」에 따른 의료인 및 의료기관의 장 등은 감염병 환자의 진료에 관한 정보를 제공받을 권리가 있고, 감염병 환자의 진단 및 치료 등으로 인하여 발생한 피해에 대하여 보상받을 수 있다.

지역 중소병원 및 동네의원들은 감염병 유행기간 동안 병원업무에 큰 타격을 받을 뿐만 아니라, 이 미지 손상으로 인하여 감염병 유행기간이 지난 이 후에도 환자 수 감소로 인하여 병원업무를 지속하 는 것이 위태로워질 수 있다는 측면에서 ‘병원의 이익’과 연관된다.

2) 따라서 감염병과 관련된 병원들의 명단공개 는 ‘국민의 생명권 및 알 권리’와 ‘병원의 이익’간 에 이익형량을 통해 결정하여야 할 것이다. 다만, 최근의 ‘MERS사태’에서 초기에 국가가 MERS 관 련 병원의 명단을 공개하지 않아 국민들이 이에 대처하지 못하여 더 큰 유행으로 확산되었다는 여 러 비판에 직면하였고, 이에 따라 2015. 7. 6. 이 루어진 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률은 ‘국 민의 알 권리’를 한층 강화하는 방향으로 개정이 이루어졌다.

3) 구체적으로는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 중 국민의 권리와 의무를 규정한 제6조 제2 항에서 단순히 ‘국민은 감염병 발생상황, 감염병 예방 및 관리 등에 관한 정보와 대응방법을 알 권 리가 있다.’라는 규정을, ‘국민은 감염병 발생상 황, 감염병 예방 및 관리 등에 관한 정보와 대응 방법을 알 권리가 있고, 국가와 지방자치단체는 신속하게 정보를 공개하여야 한다.’라고 개정함으 로써, 국가와 지방자치단체의 의무 조항을 추가하 였다. 또한 ‘감염병위기 시 정보공개’를 내용으로 하는 제34조의2를 신설⁴⁾하여 국가의 정보공개의 무를 적극적으로 규정하였다.

“감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이 개정됨에 따라 병원의 경우는 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률개정으로 인하여 보상에 대한 근거규정은 마련하였으나, 보상의 범위에 대해서는 여전히 논란의 여지가 있다.”

다. 소결

2015. 7. 6. 이루어진 법 개정의 취지 상 감염 병과 관련된 병원들의 명단공개와 관련하여 병원 이 손해를 입었음을 이유로 국가를 상대로 손해배 상 등을 청구하는 것은 현실적으로 어려워졌다. 다만, 앞서 설명한 바와 같이 감염병과 관련하여 병원에 대한 보상규정이 신설되었으므로 병원은 이를 통해 손실을 보상받는 방법을 고려해 볼 수 있다.

아울러, 이미 MERS감염과 관련하여 정보공개 로 피해를 입었다고 주장하는 병원이 있다고 할지 라도, 2015. 7. 6. 병원 명단공개에 대한 규정이 신설된 만큼 정보공개 위법성을 인정하기 어렵 워 손해배상을 청구하기는 어렵다고 보인다.

5. ‘행정 규제’와 관련한 법적 분쟁

가. 의료법은 의료기관의 개설과 관련하여 시설 기준과 관련한 개설허가에 대해 규정하고 있고,

4) 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제34조의2(감염병위기 시 정보공개) ① 보건복지부장관은 국민의 건강에 위해가 되는 감염 병 확산 시 감염병 환자의 이동경로, 이동수단, 진료의료기관 및 접촉자 현황 등 국민들이 감염병 예방을 위하여 알아야 하는 정보를 신속히 공개하여야 한다. 다만, 공개된 사항 중 사실과 다르거나 의견이 있는 당사자는 보건복지부장관에게 이의신청을 할 수 있다.

② 제1항에 따른 정보공개 범위, 절차 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

안전관리시설 기준에 대한 사항을 준수하여야 한다고 규정하고 있으며, 동법 시행규칙에서는 의료기관이 준수하여야 하는 안전관리시설에 대해 구체적으로 규정하고 있다. 또한 의료기관이 의료법상의 규정을 준수하지 않은 경우 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 동법 시행규칙에 따라 해당 의료기관에 대하여 시정명령을 발할 수 있다.

나. 감염병과 관련하여 위와 같은 일반적인 의료기관의 시설에 대한 규제가 논의되는 이유는, 최근의 ‘MERS사태’에서 환기 등의 문제로 감염병이 확산되었다는 일부 주장과 관련하여 검토할 필요가 있기 때문이다. 국가나 지방자치단체는 이미 허가를 받은 기존병원의 안전관리시설에 대하여 시정명령을 통한 규제가 이루어 질 수 있을 것으로 보인다.

그러나 국가나 지방자치단체가 병원에 대하여 업무정지처분 등 행정적 규제를 가하려면 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률이나 의료법 등 관련 법률의 규정에 근거하여야 하는바, 달리 병원의 업무 등에 관한 처분을 할 근거법규는 찾아보기 어렵다.

“감염병과 관련된 병원들의 명단공개는 ‘국민의 생명권 및 알 권리’와 ‘병원의 이익’간에 이익형량을 통해 결정하여야 할 것이다. 또한, ‘국가와 지방자치단체는 신속하게 정보를 공개하여야 한다.’는 국가와 지자체의 의무 조항을 추가하였다. ”

다. 만약 국가나 지방자치단체에서 병원에 대하여 너무 과도하거나 법적 근거 없는 행정적 규제를 할 경우, 재량권의 일탈남용이나 법적근거 없는 행정처분으로서 행정소송으로 다투어서 해결하여야 할 것이다.

6. 결론

최근의 ‘MERS 사태’를 통하여 감염병과 관련한 법적인 문제가 사회적인 이슈로 떠올랐다. 특히 누적 격리자 수가 15,000명이 넘어가면서 격리대상자에 대한 손실보상 문제, MERS 유행기간 동안 업무를 할 수 없었던 병원에 대한 보상 문제, 감염병과 관련한 정보공개와 관한 문제가 대두되었으나, 2015. 7 .6. 법 개정이 이루어지면서 위와 같은 문제들은 상당 부분 입법적으로 해결되었다.

그러나 병원의 보상에 대한 규정과 관련하여서는 보상대상 및 범위와 관련하여 여전히 법적인 분쟁의 여지가 있고, 행정규제를 포함하여 그 외의 부분들도 많은 부분에서 법적인 분쟁이 제기될 수 있다. 감염병과 관련한 부분은 지금까지 사회적으로 크게 문제가 된 적이 많지 않았기 때문에 관련된 법적인 이슈에 대한 연구가 다른 분야에 비해 상대적으로 적게 이루어진 것으로 보인다. ‘MERS사태’로 인하여 해당분야에 대한 사회적 관심이 고조된 만큼 감염병과 관련한 법적인 이슈에 대한 연구가 활발히 이루어져 장래에 발생할 수 있는 감염병(신종 홍콩독감, 에볼라 등)에 대비하여야 할 것이다.

의료전달체계에서 민간 의료기관의 기여도와 공익적 역할을 위한 방안

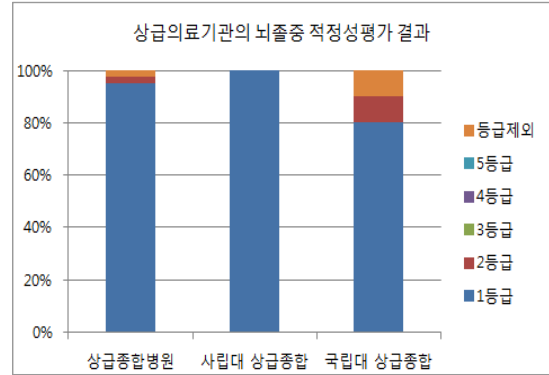
이 건 세

건국대의대 예방의학교실 교수
kunsei.lee@kku.ac.kr



〈편집자 주〉 우리나라 의료서비스의 공급은 민간의료기관이 큰 흐름을 주도하며 국가 보건의료 발전과 국민 건강증진을 위해 막중한 역할을 수행하고 있다. 그렇다면 민간의료기관의 입장에서 국민건강이라는 의료의 공익적 측면에서 얼마나 중요한 기능을 수행하고 있을까. 혹시나 이 부분이 국가 사회적으로 지나치게 저평가되어 있는 것은 아닐까 반문하지 않을 수 없다. 민간의료기관의 공익적 기여 부분을 제대로 평가받기 위해서는 어떤 정책적 발상의 전환이 필요한지 살펴본다.

우리나라는 의료체계의 재원은 건강보험과 같은 공적인 재원을 주로 사용하지만, 의료서비스 공급은 민간의료기관이 주도하는 형태이다. 민간 의료기관은 우리나라 보건 의료 발전과 국민건강 증진에 큰 역할을 감당해 왔음에도 불구하고 민간 의료기관, 사립대학병원은 시장 중심적이고, 지역 사회의 발전에 기여하지 않고, 의료의 공익성에 기여가 미흡한 것으로 인식되어 있다. 민간의료의 긍정적이고 적극적인 기여를 파악하는 것이 필요하다.



【 그림 1. 상급의료기관의 뇌졸중 적정성평가 결과 】

【 표 1. WHO 건강시스템 평가 영역 】

대범주	하위 범주	정의 및 지표
접근성 및 반응성	유용성	- 시설까지의 거리 및 서비스 이용까지의 시간
	서비스의 적시성	- 검사, 결과, 추구관리에 대한 현재부터 초기 평가까지의 대기 시간
	친밀성	- 보건 의료 제공 시 환자 치료 및 경험에 대한 환자 설문 응답
질	서비스의 포괄성	- WHO 서비스 모든 구성 요소의 유용성
	진단 정확성	- 후향적 검토를 통한 정확한 진단율
	관리 기준	- 국제 질병 별 관리 기준의 준수율
	환자 유지	- 환자 추구관리의 손실 비율
결과	치료성공률	- 치료성공률
	인구범위	- 특정 캠페인을 통한 수혜비율(예, 예방접종률)
	이환율	- 환자 장애율
	사망률	- 환자 사망률
책무성 투명성, 규제	데이터 접근성과 질	- 지표와 통계의 적절상 이용과 데이터 가용성
	공적 의료 기능	- 공적 의료 기능에 대한 의료시스템의 기여도(예, 암등록사업, 감염병 신고)
	개혁 역량	- 질 향상 활동의 결과
공정성, 형평성	재정적 장애	- 본인부담금, 부정한 돈, 약제비
	분배적 공정성	- 요구에 상응하는 의료 가용성
효율성	비용	- 지출 비용
	과잉	- 진단시기, 검사, 치료 등의 반복(예, 과잉진료)
	분절화	- 보건 의료 시스템 기능의 분리
	지연	- 검사에서 치료까지의 지연

표 2. 기존 공익적 기여 측정 방법론 |

사례	대상	공익성 기능 범주	기여도 측정방법
지역거점 공공병원 운영평가 및 운영진단 연구 ¹⁾ ²⁾	공공 의료기관 (지방의료원)	<ul style="list-style-type: none"> - 의료안전망 진료과 - 의료급여 환자 진료 - 의료안전망 의료시설 - 공공사업 수행 부서 및 인력 운영 	① 경영현황 분석, ② 경영 효율성 분석, ③ 공익적 기능 분석, ④ 의료취약도 분석 등 운영진단을 통해 공익적 역할로 인한 비용을 추정하여 제시하였음.
민간의료기관의 공공성 평가 및 공공의료 수행 방안 연구 ³⁾	민간 의료기관	<ul style="list-style-type: none"> - 의료서비스 제공의 공익성 - 의료기관의 조직 운영 	공익적 기능 범주에 따라 공공 의료기능 수행 현황을 파악하여 제시하였음.
지방의료원 공익적 비용 계측 및 경영컨설팅 연구 ⁴⁾	공공 의료기관 (지방의료원)	<ul style="list-style-type: none"> - 적정·필수의료 - 사회안전망 - 시장실패 - 정책·행정의료 및 거버넌스 - 보건사업의 조정 및 운영 - 인력개발 및 연구 	6개의 공익적 기능 범주에 해당하는 공익적 항목에 따라 지방의료원의 원가자료 및 추가 조사표를 분석하여 공익적 비용을 계측하였음.
보라매병원의 건강한 적자규모와 사사점 ⁵⁾	공공 의료기관 (보라매병원)	<ul style="list-style-type: none"> - 적정의료제공으로 인한 비급여수입 손실 - 9개 필수진료과의 공익적 손실 - 취약계층환자 진료에 따른 기회손실 - 의료안전망 기능 의료시설 운영 손실 - 공공의료사업단 운영 	지방의료원 공익적 비용 계측 연구의 공익적 기능 항목을 바탕으로 하여 보라매병원의 원가자료를 분석하여 공익적 기능으로 인한 손실을 계측하여 제시하였음.
미국의 community benefit 보고 사례 ⁶⁾	민간 의료기관 (비영리병원)	<ul style="list-style-type: none"> - 자선 의료(비용) - 약성 채무(비용) - 정부지원 의료관리(순비용) - 지역사회편익 프로그램(순비용) 	지역사회 편익활동에 해당하는 영역에 대해 객관적인 자료 산출을 통해 비용을 계측하여 제시하였음. 미국의 지역사회 편익 활동이란 민간의료기관으로 하여금 질병예방 및 건강증진 서비스를 제공하도록 하고 면세혜택을 부여하는 것을 말함.

우리나라 민간의료기관에 대한 보건의료체계의 기여도를 파악하기 위한 접근으로 1) 거시적 보건의료체계의 비교 접근 방법이 있으며, 2) 개별 의료기관 대상의 공익적 기여도를 측정하는 방법이 있다.

첫째, 전체 보건의료의 체계분석을 통해 민간

의료기관과 공공의료기관을 비교하는 접근이다. 예를 들어 OECD가 제시한 의료체계의 여섯 가지 주요 영역(접근성 & 반응성, 질, 결과, 책무성 & 투명성 & 규제, 공정성 & 형평성, 효율성)을 토대로 비교할 수 있다.

상급의료기관을 대상으로 사립대와 국립대의

1) 한국보건산업진흥원. 지방의료원 등 지역거점 공공병원의 운영평가체계 개발 연구. 2006.

2) 삼일회계법인. 지역거점 공공병원 운영평가 및 운영진단 연구. 2012.

3) 이건세 등. 민간의료기관의 공공성 강화방안에 관한 연구. 2006.

4) 이건세. 지방의료원 공익적 비용 계측 및 경영컨설팅 연구. 2013.

표 3. 순천 현대(여성아동)병원의 공익적 활동 분석 결과

대분류 항목	현대병원의 사례
적정·필수의료	<ul style="list-style-type: none"> - 양질의 의료서비스 제공 - 선택진료제도 없음
사회안전망	<ul style="list-style-type: none"> - 의료급여 - 차상위 - 결혼 이주여성 진료
시장실패	<ul style="list-style-type: none"> - 신생아 중환자실 - 분만, 신생아실 운영
정책·행정 의료 및 거버넌스	<ul style="list-style-type: none"> - 병원운영의 경영투명성(경영정보 공유) - 진료비 감면제도 - 의료기관 인증
보건사업의 조정 및 운영	<ul style="list-style-type: none"> - 여성 및 아동의 예방·치료·건강증진을 위한 포괄적 서비스를 제공
인력개발 및 연구	<ul style="list-style-type: none"> - 인력교육 및 훈련

재구성. 출처 : 정기현, 지역 민간병원의 공공적 역할과 과제, 2014.

질적 영역을 비교할 수 있다. 뇌졸중 적정성평가 (2012년) 결과, 사립대 상급종합병원의 1등급 평가율이 100%에 달해 질적 측면에서 높았으며, 국립대 상급종합병원은 1등급 평가율 80.0%, 2등급 평가율 10.0%를 보여 상급의료기관 중 질적 측면에서 낮았다.

두 번째 접근 방법은 개별 의료기관을 대상으로 하여 공익적 기여를 어떻게 얼마나 했는지 파악하는 방법이다. 공익적 기여가 무엇이며 어떻게 정의하는가에 따라 달라질 수 있다. 기존에 공공 의료기관을 대상으로 접근한 사례가 있으며 민간 의료기관의 경우에도 계량적 측정은 아니지만 유사한 범주로 사례 구성을 할 수 있다.

개별 병원의 공익적 기여에 대한 사례분석의

경우에 지방의료원의 공익적 적자 분석에 사용한 공익적 분류를 활용하여 재구성할 수 있다.

민간의료기관의 공익적 기여 활동을 강화하기 위해서는 몇 가지 과제 제시가 되어야 한다. 첫째, 민간의료기관에게 사회적 역할, 공익적 사명을 부여해야한다. 민간의료기관의 공공보건의료에의 참여가 개별적 수행을 넘어 지역 공공보건의료 계획에 포괄되고 주체로서 참여할 수 있도록 제도적으로 뒷받침이 선행되어야 한다. 이왕준⁷⁾은 의료취약 지역의 의료공백을 보완하는 현재의 소극적 개념의 ‘지역거점병원’에서 벗어나, 응급 의료환자·중환자 진료·만성질환 관리의 중추가 되고 공공의료의 중추적 역할까지 수행하는 광의의 ‘준공공형 지역중추병원’을 설립해야 한다고

5) 이상형, 보라매병원의 건강한 적자규모와 시사점, 2014.

6) 유명순, 민간의료기관 공공성 평가 및 공공의료 수행방안 연구, 2013.

7) 이왕준, 이제 한국 의료공급체계의 새로운 모델을 구상하자, KIHM 연구동향 정책현안, 2014 : 128-138.

주장하고 있다.

둘째, 공익적 역할에 대한 활동 및 내용을 의료기관 평가 항목 및 신임평가 항목에 포함시켜, 의료기관의 공익적 역할에 대한 활동을 지속적으로 유도시킬 필요가 있다. 이런 경우 재정적 인센티브와 병행해야 한다. 민간 공익적 기여에 대한 평가를 통해, 민간의료기관에 세제혜택을 줄 수 있는 방안에 대한 개발 역시 필요하다. 미국에서는 재정지원, 시설 및 장비 지원, 기부금 조성 등 자금 조달원을 다양하게 마련해주고 감세정책을 시행하고 있으며, 일본의 경우도 미국과 유사하게

비영리의료기관인 특정의료법인, 특별의료법인에 대해서는 수익사업허용과 보험진료 수입에 대하여 비과세를 적용하고 있다⁸⁾.

셋째, 민간의료기관의 공익적 역할에 대한 바람직한 사례 발굴을 해야 한다. 현재 민간의료기관이 수행하는 공익적 활동은 무료검진 및 진료, 건강강좌, 해외환자 초청치료 등이다. 또한 공익적 활동을 수행하는 대부분의 병원들은 종교 및 기업 재단을 배경으로 하는 일부 대학병원에 한정되어 있다. 보다 적극적인 역할을 개발해야 한다.

8) 이용균. 병원서비스 산업의 육성방안. KIHIM 연구 노트, 2005.

원격의료 정책현황 연구

김 진 숙

의료정책연구소 책임연구원
philiakjs5426@kma.org



〈편집자 주〉 최근 몇 년 동안 원격의료는 의료계에서 그야말로 뜨거운 이슈로 자리 잡고 있다. 무엇이 문제인지, 왜 현 상황에서 추진돼서는 안 되는지 끊임없는 논쟁과 우려가 증폭되고 있다. 의료계의 강한 반대에도 불구하고 안전성과 유효성이 탑재되지 않은 채 추진되고 있는 정부의 일방적인 시범사업, 광활한 영토와 보건 의료체계가 제대로 갖추어진 선진국에서조차 엄격히 제한하고 있는 원격의료 문제를 순수한 국민건강 차원에서 어떤 문제가 있는지 그 의미를 논해본다.

1. 배경 및 필요성

원격의료는 보건의료계에서 뜨거운 이슈 중 하나이다. 정부는 의료접근성의 제고와 만성질환자의 상시 관리를 위해 2013년 10월 29일 동네 의원을 대상으로 의사와 환자간 원격의료를 허용하는 의료법 개정(안)을 입법 예고하였다. 이에 대해 보건의료계는 의사-환자간 원격의료가 환자의 건강에 대한 안전성을 담보하지 못하고 여러 가지 부작용이 발생할 수 있기 때문에 의사-환자간 원격의료 허용에 대해 강경하게 반대하고 있다.

의사-환자간 원격의료 허용에 관한 논쟁 과정에서 관련 당사자들이 첨예하게 대립하는 이유는 각자가 원격의료를 보는 시각이 다르기 때문이다. 그러나 더 근본적 이유는 원격의료가 정확하게 무엇인지, 어떠한 부분에서 문제가 되는지 원격의료에 대한 명확한 이해가 부족하다는 점이다. 원격의료의 개념, 장점과 단점, 필요성과 문제점, 원격의료를 위한 환경 및 조건들에 대한 이해가 부족한 상황에서 원격의료의 단면만을 보고 찬성과 반대를 하게 되면서 논쟁은 더욱더 심화되고 있다. 따라서 원격의료에 대한 실체 규명과 이를 토대로 활용방안이 검토되어야 할 필요가 있다.

이에 원격의료에 대한 이해를 도모하고 원격의료에 대한 논란과 논쟁을 해소하며, 원격의료에 대한 관계자들로 하여금 바른 의사결정을 할 수 있도록 원격의료에 대한 이론적 논의들을 정리하고, 국내외 원격의료 정책 현황을 체계적으로 분석하여 원격의료 정책에 대한 정책적 제언을 하기 위해 본 연구를 시행하였다.

2. 연구목적과 연구방법

본 연구의 목적은 원격의료에 대한 명확한 이해를 도모하기 위한 기초자료 제공과 한국에서 의사-환자간 원격의료가 허용되기 위해서 반드시 필요하고 갖추어야 할 환경 조건에 대해 제언을 하는 것이다. 이를 위해 선행 문헌 고찰과 국내외 원격의료 관련 보고서 검토, 현장 조사 등을 시행하였다.

3. 연구결과

1) 원격의료 이론적 논의 정리

원격의료 범주 안에서 telemedicine(원격의료, 원격진료), telehealth, telehealthcare, e-health, u-health, m-health, s-health, remote health, distance health 등 다양한 용어들이 혼재되어 사용되고 있다[1]. 즉, ‘거리(tele, ubiquitous, remote, distance)’의 의미를 가진 용어들과 ‘기술(mobile, smart, electronic)’의 개념을 가진 용어들이 원격의료라는 범주 안에서 필요에 따라 조합되어 사용되고 있다. 그러나 이러한 용어들이 가진 특성들을 분석하면, 원격의료는 공통적으로 3가지 요소로 구성되어 있다. 즉, 원격의료는 원거리(1)에 있는 의료수요자(의사(의료인) 혹은 환자)와 의료공급자 사이에 정보통신기술(2)을 이용하여 의료정보나 의료서비스를 제공(3)하는 것이라고 정리할 수 있다.

원격의료 유형은 학자나 기관에 따라 다양하게 유형화 되고 있다. 국내에서는 원격의료 행위자간(의료인간, 의사-환자간)에 이루어지는 행위에

초점을 맞추어 유형화하고 있다[2]. 국외에서는 원격의료 제공 서비스(원격자문, 원격모니터링, 원격진료, 원격 수술, 원격교육, 원격지원 등)에 따라 유형화하고 있다[3]. 그리고 국내 일부 학자와 일본의 경우에는 원격의료 진단 과목(원격병리, 원격피부과, 원격방사선, 원격안과, 원격심장병, 원격정신과 등)에 따라 분류하고 있다[4].

2) 국내 원격의료 추진 경과

정부가 2013년 10월 29일 의사-환자간 원격의료 허용 관련 의료법 개정(안)을 입법 예고한 이후 보건의료계는 현재까지 의사-환자간 원격의료 허용에 대해 반대하고 있다. 2014년 1월부터 몇 차례의 의료발전협의회를 거쳐 2014년 4월부터 6개월간 원격의료 시범사업을 시행한 후에 그 결과를 입법에 반영하는 내용의 의협-정부 합의안이 2014년 3월에 발표되었다. 그 후 몇 달 동안 원격의료 시범사업 모형 개발에 관한 논의가 지속되었지만 2014년 7월 의협이 원격의료 시범사업 불참을 선언하면서, 정부는 독자적으로 2014년 9월부터 원격의료 시범사업을 진행하였고, 2015년 5월에 1차 시범사업 결과(만족도)를 발표하였고, 현재 2차 시범사업을 진행하고 있다.

“원격의료의 개념, 장점과 단점, 필요성과 문제점, 원격医료를 위한 환경 및 조건들에 대한 이해가 부족한 상황에서 논쟁은 더욱더 심화되고 있다.”

3) 원격의료 관련 당사자들의 입장

원격의료에 대한 관련 당사자들의 입장은 첨예하게 대립하고 있는 상황이다. 정부의 경우 원격의료 도입을 통해 얻을 수 있는 이점 즉, 이용접근성 향상, 비용 절감, 의료의 질 향상, 환자의 만족도 향상을 이유로 원격의료 도입을 추진 중에 있다. 의료서비스 제공자인 보건의료계는 국민의 건강에 대한 안전성이 위협받는 그 어떤 요소라도 존재한다면 원격医료를 수용할 수 없다는 입장이다. 국민의 건강에 대한 위협은 곧 인간의 생명과 연결되는 부분이기 때문이다. 비록 원격의료의 이점이 크더라도 원격의료 시스템에 국민의 건강을 위협하는 요인이 존재한다면 이는 결코 간과할 수 없는 부분이며, 국민의 생명을 책임지는 의료인들은 이를 결코 받아들일 수 없는 것이다[5]. 원격의료 허용에 찬성하는 IT 산업계 관련 업체는 원격医료를 산업의 측면에서 접근하고 있다. 따라서 국민 건강의 안전성에 초점을 맞추는 의료계와는 입장 차이를 보일 수밖에 없다[6]. 학계는 원격의료 도입으로 인해 발생하는 문제점들에 초점을 맞추어 의료계와 마찬가지로 원격의료 허용에 부정적 입장을 보이고 있다. 그에 비해 원격의료의 직접적인 수요자인 국민은 원격의료 허용에 대해 명확한 입장을 보이지 않고 있다[7].

4) 국내 원격의료 시범사업 현황

국내 원격의료 시범사업은 보건복지부 외에도 미래창조과학부, 산업자원통상부, 행자부, 국방부, 법무부, 경찰청, 소방방재청(전) 등 정부부처별로 시행되고 있다. 그러다 보니 원격의료 시범

사업의 전모를 파악하기 어렵고, 중단된 사업들도 많았다. 진행 중인 원격의료 시범사업은 의료인간 시범사업으로 원격자문(원격협진), 원격진료, 원격 건강관리(원격 모니터링), u-방문간호, 원격 응급의료 등의 형태로 약 50여개 사업이 진행 중에 있다[8].

이들 원격의료 시범사업들을 분석한 결과 크게 2가지 문제점이 제기되었다. 첫째, 제도적 문제로 원격의료 시범사업 전체를 유기적으로 연계하여 진행해야 하는 컨트롤 타워로서 보건복지부의 역할이 미흡하고, 법적으로 금지되어 있는 원격 진료에 의한 처방전이 발급되고 있으며 의약품이 택배로 제공되고 있다. 둘째, 정책 추진 운영상의 문제로 서비스 운영상(행정)의 문제와 기술적 문제와 안전성 문제를 들 수 있다.

의료인간 원격의료 시범사업에서 이러한 문제들이 제기되고 있음에도 불구하고 이를 해결하지 않은 채 정부는 2014년 9월부터 전국 5개 보건소와 의원급 의료기관 6곳, 특수지 2곳에서 의사-환자간 원격의료 시범사업을 시작하고 현재까지 진행 중에 있다[9]. 의사-환자간 원격의료 시범사업을 분석한 결과 크게 4가지 문제점이 제기되었다. 첫째, 의사-환자간의 원격의료 시범사업이 아니고 의료인간 원격의료라는 점, 둘째, 시범사업의 비공개 운영, 셋째, 시범사업 준비 과정의 미흡, 넷째, 평가 결과의 일반화 한계이다.

진행 중인 원격의료 시범사업은 기존의 의료인간 원격의료 시범사업이 진행되는 곳을 시범사업 기관으로 선정하고 기존에 이용하던 원격의료 시스템을 이용하여 일련 보건기관에서 의료보조인이 아닌 코디네이터가 환자와 의사의 연결을 보조하는 방법을 활용하고 있다. 따라서 현 시범사업

**“원격의료의 이점이 크더라도
원격의료 시스템에 국민의 건강을
위협하는 요인이 존재한다면
이는 결코 간과할 수 없는 부분이며,
국민의 생명을 책임지는 의료인들은
이를 결코 받아들이 수 없는 것이다.”**

은 기존의 의료인간 원격의료 시범사업과 차이가 없을뿐더러 의료보조인이 아닌 코디네이터를 채용하여 진행하기 때문에 의학적 안전성이 보다 미흡한 사업인 것이다. 정부는 의사-환자간 원격의료 시범사업을 진행하면서 시범사업에 대한 개괄적인 정보만을 미디어를 통해 제공할 뿐 실제로 어느 의료기관이 참여하였는지, 어떠한 시스템과 프로세스로 진행되는지, 어떠한 기준을 가지고 시범사업 결과를 평가할지에 대한 구체적 정보는 공개하지 않고 있다. 시범사업 참여기관조차 시범사업 선정 기관인 사실을 모를 정도로 원격의료 시범사업의 준비 과정이 미흡하였다. 2015년 5월 발표된 1차 시범사업 평가결과에는 기존에 검증하기로 했던 원격의료 시범사업 안전성과 유효성 검증이 포함되지 않았다. 단지 원격의료 중에서도 원격 모니터링 시범사업에 대한 환자 만족도 결과만을 제시하고 이를 전체 원격의료 시범사업 평가결과인 것으로 일반화 하고 있다[10].

5) 미국과 일본의 원격의료 정책 현황

가. 미국 원격의료 정책 현황

미국의 원격의료 정책 현황은 크게 2가지 측면에서 분석하였다. 첫째, 원격의료 서비스에 대한

각 주별 보험 적용 현황을 분석한 결과, 현재 미국 각 주들은 원격의료 서비스에 대한 보험 지급을 세 가지 분야(민간보험, 메디케이드, 주 고용보험)에서 적용해 주고 있다. 이 세 가지 분야에서 특별한 제한 없이 적용해 주고 있는 주는 미시시피와 뉴멕시코 주 2개 주에 불과했으며, 두 가지 분야에서는 특별한 제한이 없으나 다른 한 가지 분야에서 일정한 제한 조건을 규정해 놓고 부분적으로 보험 지급을 해 주고 있는 주는 캘리포니아, 조지아, 미주리, 뉴햄프셔, 테네시, 버지니아 주 등 6개 주였다. 그리고 두 가지 분야에서만 특별한 제한 없이 보험 지급을 해 주는 주는 D. C, 메인, 메릴랜드 등 3개 주, 오직 한 가지 분야에 대해서만 보험 지급을 해주는 주는 델라웨어, 하와이, 켄터키, 몬태나, 오클라호마, 텍사스 등 6개 주에 불과했다.[11]

그 외의 주들은 3가지 분야에 대해 각각 까다로운 제한 규정과 보험 적용 범위의 한계를 두어 부분적으로 보험 지급을 하고 있었다. 거의 대부분의 주(사우스캐롤라이나, 워싱턴 주 제외)가 쌍방향 오디오-비디오 유형의 원격의료 서비스에 대해서만 보험 적용을 하고 있으며, 원거리 환자 모니터링, 비디오 전용 시스템, 인스턴트 메시지, 전화, 이메일 불가를 규정해 두고 있다. 또한 원격의료이 이루어지는 환자 환경, 원격의료 서비스를

를 이용할 수 있는 지역, 원격의료를 통해 제공하는 서비스에 대해서도 구체적으로 매우 엄격하게 기준을 정해두고 있다. 그리고 대면진료를 필수 요건으로 정해 놓은 주들도 있었다.

요약하자면, 원격의료 서비스에 대해서 적극적으로 보험 적용을 해주고 있는 주들은 소수의 주에 불과하며, 대부분의 주는 각 보험 적용 분야마다 제한 조건들을 두고 있다. 즉, 미국 내 주 정부들은 원격의료에 대해 소극적이라는 것을 알 수 있다.

둘째, 각 주별로 정해놓은 원격의료 제공자에 대한 수행 기준과 면허 규정을 보면, 매우 엄격한 규정이 적용되고 있다. 일부 주의 경우에는 대면진료를 대체하는 원격의료를 허용하지 않거나 원격의료이 이루어지는 과정 즉, 원격의료 이전, 과정중, 이후에 있어서 의사-환자 관계 설정을 엄격하게 규정하고 있다. 예를 들면, 원격의료를 이용하기 위해서는 환자와 원격의료 제공자인 의사 사이에 이전 존재 관계(pre-existing relationship)해야 하며, 오직 환자가 의료 현장에 있을 때에만 원격의료를 허용한다거나 대면진료를 필수 조항으로 두고 있다. 또한 현지 의료인을 필수 조항으로 규제해 놓은 주도 있으며, 원격의료 서비스를 제공하기 전에 반드시 환자 동의서를 받아야 하는 주들도 있다[12].

원격의료 제공자에 대한 면허 규정은 각 주별로 7개의 모델 종류 중 가장 엄격한 유형인 “완전한 의사 면허(full state license)” 모델과 특정한 상황에 대해서만 허용하는 상담 예외 모델을 대부분의 주가 적용하고 있으며 별도의 원격의료 면허를 요구하는 주들도 있다. 의사 외에도 간호사, 조산사, 자연요법사 등이 원격의료를 제공할 수

**“현 시범사업은 기존의 의료인간
원격의료 시범사업과 차이가 없을뿐더러
의료보조인이 아닌 코디네이터를
채용하여 진행하기 때문에 의학적
안전성이 보다 미흡한 사업인 것이다.”**

있지만 의사의 감독 하에서만 가능하게 규정해 놓고 있다[13].

현재 미국 내 주별로 적용되고 있는 원격의료 제공자에 대한 수행기준과 면허 규정은 자격을 갖추지 못한 사람(의사 면허)이 원격의료를 제공하지 못하게 정해놓음으로써 원격의료 활성화에 각 주 정부가 그리 적극적이지 않다는 것을 보여 주는 증거라고 할 수 있다.

미국 내에서 원격의료 서비스는 확대 추세에 있다. 그러나 원격의료 확대 추세에 있는 주들조차 새롭게 도입되거나 개정된 원격의료 관련 법 및 규정들을 원격의료 서비스 제공 가이드라인에 반영하지 않고 있다. 그리고 원격의료에 관한 제도적 정비에 대해 아무런 노력을 하고 있지 않은 주들도 거의 절반에 가깝다. 따라서 원격의료에 대해 적극적으로 정책 집행을 하고 있는 일부 주들을 제외하고는 다수의 주가 원격의료 서비스에 대해 매우 자세하고 구체적인 제한 규정들을 정해놓고 있어서 실제로 원격의료가 활발하게 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다.

나. 일본 원격의료 정책 현황

일본 원격의료 정책의 현황을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 일본에서 활발하게 진행되고 있는 원격의료는 의료인간 원격의료이고, 의사-환자간 원격의료를 허용하고 있는 지역은 의료 접근성이 떨어지는 낙도 혹은 산간지역으로 규정하고 있다. 진단 및 처방을 포함하는 의사-환자간 원격진료는 후쿠시마의 방사선 오염 지역을 비롯하여 야마가타, 이와테, 홋카이도, 후쿠야마, 오카야마 현 내의 일부 의료소의 지역 등만 허용되고 있다. 또한 원격의료 대상자는 주치의에 의해 장기간 관찰

“미국의 정책 현황은 원격의료가 이루어지는 과정 즉, 원격의료 이전, 과정중, 이후에 있어서 의사-환자 관계 설정을 엄격하게 규정하고 있다.”

해 온 9개 질환을 가지고 있는 환자로 한정하고 있고, 원격의료 목적은 의료 접근성이 떨어지는 환자 상태의 진찰만을 위해 대면진료의 보조수단으로 사용한다고 규정하고 있다[14].

둘째, 현재 일본에서는 의료인간 원격의료에 대해서는 보험을 적용해주고 있지만, 의사-환자간 원격의료 경우에는 대면 진료와 비교해 환자에 대한 의료서비스의 질이 증가한다는 과학적인 입증(임상데이터 제시)이 필요하고 이를 인정받아야 한다. 그리고 의사-환자간 원격의료에서 화상통신 등을 이용한 예방·건강 상담 등은 진료보수의 대상에서 제외하고 있다.

셋째, 원격의료를 하기 위해서는 사전 환자동의서와 의료 기록을 의무 사항으로 정해놓았다. 사전 환자동의서를 받기 전에 원격의료 사용기기, 원격의료 과정 전반, 기기 오작동 대처방안, 위급상황 발생 대처 방안, 비용, 원격의료 중단과 관련된 내용을 설명해야 한다. 그 내용을 요약한 문서를 환자와 환자 가족에게 제공한 후 사전 환자동의서를 받아야 한다. 그리고 원격의료도 대면진료 행위와 마찬가지로 시간과 날짜를 명확히 표시한 의료 기록을 남겨야 한다[15].

넷째, 원격의료는 주치의인 의사가 제공하는 것이 원칙이고, 특정 범위 내에서 치과의사, 간호사, 의료기사, 약제사 등도 제공할 수 있도록 규정하고 있다.

다섯째, 원격의료에 대한 책임을 명확하게 정하고 있다. 의사의 경우는 원격의료 행위에 대한 책임을 가지고, 원격의료 불충분하다고 판단될 경우 혹은 환자가 가정에서 사망한 경우에는 즉시 가정 방문을 해야 하며, 의료 기록을 남겨야 한다. 원격의료에 대한 책임은 일반적으로 의사에게 있으나 환자나 그 가족 등에 대해 필요한 지시를 하거나 주의를 주었음에도 불구하고 이를 지키지 않아 환자에게 피해가 생겼을 경우에는 그 책임이 이러한 지시나 주의를 따르지 않은 사람에게 있다. 이를 환자와 환자 가족에게 고지하고 설명할 의무는 의사에게 있다. 의료기관은 원격의료 기기에 대한 점검 및 유지보수, 기기 고장 대처, 원격의료와 관련한 정보 게시, 의무 기록 보존, 개인 정보보호 노력에 대한 책임을 가진다[16].

이처럼 일본에서는 원격의료는 대면진료의 보조수단임을 명확히 하고, 부득이 하게 원격医료를 시행할 경우 원격의료 대상 지역, 환자, 질병과 제공자 자격과 책임 등을 정해놓음으로써 원격의료의 도입 목적을 정확하게 인지하고 있다. 따라서 원격의료의가 활발하게 활용되고 발전하고 있다고 보기 어렵다. 일본 내 전문가들은 일본 내에서

“일본에서 진행되는 원격의료는 의료인간 원격의료이고, 의사-환자간 원격医료를 허용하고 있는 지역은 의료 접근성이 떨어지는 낙도 혹은 산간지역으로 규정하고 있다. 일본에서는 원격의료는 대면진료의 보조수단임을 명확히 하고 도입 목적을 정확하게 인지하고 있다.”

원격의료의가 발전하지 못하는 요인으로 일본의 원격의료 정책과 국가 건강보험의 논의 초점이 다르다는 점, 임상 의료와 사회의학 연구의 부족, 원격의료 교육 시스템의 부재 등을 들고 있다[17].

4. 결론 및 제언

이상의 연구결과를 토대로 국내에서 원격의료의가 허용되기 위해서는 반드시 갖추어야 할 선결 조건들과 환경에 대해서 다음과 같은 제언을 할 수 있다.

첫째, 원격의료의 개념과 내용을 명확히 해야 한다. 원격의료의를 허용하기 전에 각 용어에 대한 개념 정의를 명확하게 해야 한다. 더불어 원격의료 유형에 대한 분석과 도입 근거 및 필요성에 대한 논리를 보다 명확하게 할 필요가 있다. 그래야만 정책의 목표와 시행을 위한 세부 계획들이 정교해지기 때문이다.

둘째, 원격의료의가 활용되는 경우(상황)을 명확히 해야 한다. 즉, 원격의료는 대면진료가 불가능한 상황에서 대면진료의 보조수단으로 활용되어야 한다. 이를 위해 원격의료의가 반드시 필요한 지역 즉 의료 접근성이 떨어지는 지역과 원격의료의가 필요한 대상, 원격의료 제공 방식을 명확하게 정해야 한다. 미국과 일본만 보더라도 원격의료 목적을 의료접근성이 떨어지는 지역의 주치의가 오랫동안 관찰해온 만성질환 환자의 건강관리를 위해서만 허용한다는 점을 명확하게 하고 있고, 보험 적용을 허용해 주는 원격의료 제공 방식도 분명히 하고 있다.

셋째, 원격의료 제공자에 대한 기준과 책임을 규정해야 한다. 보건복지부의 의료법 개정(안)을

보면, 원격의료 제공자에 대해서 ‘동네 의원을 중심으로’라고 정하고 있다. 미국의 경우는 원격의료 제공자 면허 및 자격에 관한 규정이 있고, 원격의료 제공 서비스에 따라 원격의료를 제공할 수 있는 의료인을 정해놓았다. 일본의 경우에는 주치의인 의사가 제공하는 것을 원칙으로 하여 특정 범위 내에서만 치과의사, 간호사, 의료기사, 약제사 등도 제공할 수 있도록 정해놓고 있다. 따라서 ‘동네 의원’이라는 원격의료 제공자의 기준은 너무 모호하기 때문에 다른 국가들처럼 제공하는 서비스에 따라 혹은 의료접근성이 떨어지는 지역의 의원급 의료기관 등 원격의료 제공자의 기준을 정해야 한다. 미국과 일본의 경우 원격의료에 대한 의료 제공자와 의료기관의 책임과 의무를 명확하게 규정하고 있다. 이러한 책임과 의무를 다할 수 있는 의료 제공자만이 원격의료를 제공할 수 있는 법적 장치를 마련하고 있다. 그러므로 원격의료 제공자가 지켜야 할 책임과 의무에 대한 규정도 반드시 필요하다.

넷째, 원격의료는 정보통신 기술을 사용하기 때문에 서비스의 질적 수준 유지를 위한 조건이 갖추어져야 한다. 즉, 통신정보(음성, 화상, 동영상, 문자데이터)가 높은 수준의 품질을 유지한 채 전송될 수 있는 물리적 자원(전용 전송망 및 네트워크, 높은 수준의 화상 품질을 보장하는 장비 및 기기 등)이 완벽하게 갖추어져야 한다. 정보의 전송 속도가 느리거나 화질이 낮은 정보의 전달은 원격의료의 본래의 목적을 달성하기 어려운 물리적 제약 요인이 되기 때문이다.

다섯째, 원격의료는 정보통신기술을 이용하기 때문에 개인 정보보호 문제에 대해서 철저한 대비가 필요하다. 특히 의료정보는 환자의 건강과 관

“원격의료 도입 목적에 충실하고 설계가 잘된 모델을 적용한 원격의료 시범사업을 충분한 기간 동안 집행해야 한다. 처음부터 모든 것을 제대로 설계하고 그 모델을 바탕으로 충분한 기간의 시범사업을 진행해야 한다.”

련된 정보이기 때문에 유출되거나 변질된다면 기본적으로 개인의 사생활의 비밀과 자유가 침해될 위험이 있다. 만약 의료정보가 악의를 가진 누군가에게 이용된다면 심각한 법적·정신적·사회적 피해까지 발생할 수 있다. 그러므로 개인 의료정보의 분실, 도난, 누출, 변조, 또는 훼손을 방지하기 위한 최고 수준의 정보보안 수준을 갖춘 시스템이 반드시 필요하다.

여섯째, 원격의료 중 환자의 응급상황 발생 시 긴급 대응을 위한 시스템 구비가 필요하다. 원격의료의 도입 목적은 의료접근성을 극복하는 것이다. 그러나 긴급한 상황에 놓인 응급환자의 경우 원격의료는 큰 도움이 되지 못하고 의료기관을 방문해야 한다. 일본은 원격의료를 허용하는 지역 즉, 섬이나 오지마을은 응급환자를 수송할 수 있는 닥터헬기 시스템을 1999년부터 도입하여 시행하고 있다. 원격의료의 제대로 그 목적을 달성하기 위해서는 닥터헬기 시스템이 잘 운영되어야 한다.

일곱째, 원격의료 도입 목적에 충실하고 설계가 잘된 모델을 적용한 원격의료 시범사업을 충분한 기간 동안 집행해야 한다. 정부가 원격의료 허용에 대한 근거를 제시하기 위해서는 처음부터 모든 것을 제대로 설계하고 그 모델을 바탕으로 충분한 기간의 시범사업을 진행해야 한다. 이때 반드시 제시

되어야 하는 근거는 원격의료의 대면진료보다 더 낮거나 동등한 수준이라는 증거이다.

위와 같은 조건들과 환경들이 갖추어진 상태에서 충분한 시범사업 시행을 통해 원격의료에 대한 유효성과 안전성이 검증된 이후에 원격의료의 제도화에 대해서 다시 논의하는 것이 바람직할 것이다.

정책은 수혜집단과 비용부담 집단 모두에게 큰 영향을 미치는 특성을 가지고 있기 때문에 납득할 수 있는 정당성과 근거가 없다면 비용부담 집단의 입장에서는 크게 반발할 수밖에 없다. 더구나 원

격의료 정책은 소수의 수혜집단과 다수의 비용부담 집단이 극명하게 분리되는 정책이다. 따라서 원격의료 정책을 집행하는 정부는 원격의료 정책 비용부담자에게 정책 집행의 당위성을 입증하고 정책의 수용성을 먼저 높여야 한다. 그래야만 계획했던 정책목표를 효율적으로 달성 할 수 있고, 긍정적인 정책의 결과가 산출될 것이다. 그러기 위해서는 정책과 관련된 이해당사자와의 협력과 소통이 제일 중요한 선결과제일 것이다.

● 참고문헌

1. 이상영 등, 원격의료 경제성 평가 및 시범사업 유형개발: 유형분류에 따른 제도보완 중심, 한국보건사회연구원, 2006.
2. 보건복지부, 동네의원 중심의 의사-환자간 원격진료 추진, 보도자료, 2013.
3. 미국 원격의료 협회, What is Telemedicine?: <http://www.americantelemed.org/about-telemedicine/what-is-telemedicine#.VNhjkzr9m71>
4. 김윤, 한국의료의 원격진료가 필요한가, 대한의사협회 의료정책최고위과정 자료집, 2014.
5. “스마트케어 시범사업은 실패 추진 근거 빈약”. 메디칼타임즈, 2013.11.13.
6. “원격의료 허용 입법예고 산업계. 환호”, 메디칼업저버, 2013.10.08.
7. “학계-시민단체 심지어 산업계도 원격의료 실효성 없다. 의협 주최 정책토론회에서 한 목소리로 정부 추진 비판”, 청년의사, 2013.11.28.
8. 임팩트, 스마트케어 U헬스케어 서비스 실태와 참여업체 동향, 2014.
9. 보건복지부, 동네의원 중심의 의사-환자간 원격진료 추진, 2014.
10. “원격의료 시범사업 77%가 만족, 의료계는 평가방식에 불만족”, 전자신문, 2015.05.21.
11. ATA, State Telemedicine Gaps Analysis Coverage & Reimbursement, 2014.
12. ATA, State Telemedicine Gaps Analysis, Physician Practice Standards & Licensure, 2014.
13. 김항중, 미국 원격의료에서 논쟁되는 법적 논쟁, 한국의료법학회지, 제22권 제2호, 2014.
14. 김대중, 주요국의 원격의료 추진 현황과 시사점, 미국과 일본을 중심으로, Issue & Focus, 제270호, 2015.
15. JTTA, Guidelines for the practice of home telemedicine(2011 edition), 2011.
16. JTTA, Telemedicine in Japan, 2013.
17. 주지홍 등, 의료정보화산업의 활성화를 위한 법제도 정비방안 연구, 정보통신정책연구원, 2003.

Global Health Security Agenda

오 주 환

서울의대 이종욱글로벌의학센터 교수
oh328@snu.ac.kr



1. 서론

Global Health Security Agenda(국제보건안보의제)는 Global Health Diplomacy Agenda(국제보건원조외교의제)와 함께 국제보건(Global Health)의 양대 의제 중 하나다. 군사적 위협이 없는 상태라는 의미를 담고 있는 Security(안전 혹은 안보)라는 말과 Health(보건 혹은 건강)란 말이 서로 잘 어울리지 않아 보일 수도 있다. 하지만 보건안보(Health Security)란 말은 건강에 대한 위협으로부터의 보호라는 의미로서 전통적인 군사적 의미의 안보의제에 추가되어 사용된 지 오래다. 글로벌보건안보라는 표현은 한 국가를 넘어 여러 나라들 모두에 위협이 되는 것으로부터의 보호라는 의미가 더 분명하게 담겨 있다.

현실에서 건강에 위협이 되는 요인은 매우 많다. 오염된 공기나 물, 담배나 술, 발암물질, 정태적인 생활태도, 저가의 junk food, 세균과 바이러스, 과중한 노동, 기후 변화 등 다양한 건강의 결정요인 모두가 건강의 위협요인이지만 글로벌보

건안보의제에서 이런 위협을 실제 포괄하고 있지는 않고, 다만 생물학적 위협에 국한되어 사용되고 있으며, 자연적인, 우발적인, 의도적인 생물학적 위협을 모두 포괄하는 의미로 점차 사용되고 있다.

세계가 거의 하루 내에 도착 가능한 곳이 대부분이 될 만큼, 교통이 빠르게 발전하면서, 일국의 생물학적 위협 요인이 이제 순식간에 다른 나라로 확산될 위험이 점차 높아지고 있는 점을 고려한다면, 이 의제의 중요성은 누구도 부인하기 어렵다.

지난 9월 7일엔 서울의 코엑스에서는 제2차 글로벌보건안보구상 고위급 회담이란 이름의 행사가 개최되었고, 한국은 대통령과 세 개 부처 장관(외교, 국방, 보건)이 행사에 참여하였다. 이 행사를 통해 한국 사회는 Global Health Security Agenda(국제보건안보의제)란 표현에 한발 가까이 되게 되었다. 한편 지난 5월부터의 MERS의 갑작스런 확산을 통해 실질적으로는 이 용어에 채 익숙하지 않은 상태로도 이미 이 의제를 온 국민들이 지난하게 경험한바 있다.

제1차 Global Health Security Agenda의 고위급 회담은 작년에 미국의 수도 워싱턴디시에서 열렸고, 작년 결정에 따라, 올해는 한국의 서울에서 예정대로 열렸다.

그럼 이런 문제의식은 2014년에 처음 등장한 것일까? 그렇지 않다. 국가 간 생물학적 위협 요인은 새로운 것이 아니라 이미 오래된 낡은 것이나 다만 그 확산 속도나 발생 확률이 의료가기술의 진보에도 불구하고 감소되는 것이 아니라 더욱 증가되고 날이 갈수록 새로워지고 있다.

2. 역사

1800년대 유럽 국가들은 발전된 항해술을 기반으로 왕정국가 간에 무역을 할 수 있었는데, 이 시기에도 감염성 질환의 유행은 매우 위협적이어서, 국경(항구)통과 과정에 다양한 규제를 하였으며, 검역기술이 충분히 없었던 과거에는 일정기간 동안 항구에 하역을 금지하고 근해에서 정박하도록 하는 방법이 많이 사용되었고, 40일이란 기간이 임의로 사용되곤 했다. 현재 사용되고 있는 Quarantine이란 말의 유래가 이 40일에서 비롯된 것이기도 하다. 무역을 통해 부를 축적하던 대규모 무역상인 세력들은 국가마다 서로 다른 기준과 불명확한 근거를 사용하는 것이 불편했었고, 국가마다 동일한 검역기준을 마련하고 싶어 했다. 이를 처음으로 국가들간의 공동 논의로 진행했던 역사적 사건이 유럽위생회의(European Sanitary Conference)로서, 1851년 파리에서 열렸다. 당시 위협 요소는 콜레라(Cholera), 황열(Yellow Fever), 페스트(Plague)였다. 다른 말로 하면, 당

시 유럽의 지도자들은 근동, 중동이라 그들이 부른 지역(아시아)으로부터 유입되는 전염성 질환을 막기 위한 법적 장치를 고안하기 시작한 것이다. 파리 회합은 조약을 만드는데 이르지 못했으나, 그 뒤 회합은 계속되었고, 1892년엔 콜레라에 대한 검역방안에 집중한 국제위생회의를 개최하였고, 1897년엔 페스트에 대한 집중회의, 1926년에 두창(Smallpox)과 디푸스(Thyphus), 1933년엔 항공이동에 대한 검역방법에 대한 의제로 국제위생회의가 지속적으로 개최된 바 있다. 참고로 라이트 형제의 비행기 발명은 1903년이지만 물자와 승객의 상업적인 항공이동은 1935년에서야 이루어지기 시작하였던 것을 고려하면, 항만을 통한 이동에 관한 검역시도의 역사가 항공이동의 본격적 역사가 시작되기 전에 미리 검역방법에 대해 논의하게 만들었던 것이다. 유럽의 지도자들은 보다 중립적인 위치에서 이 문제를 지속적으로 준비하기 위해 국제위생사무소(International Office for Public Hygiene/OIHP)을 1907년에 개설하였다. 이 기관은 아메리카 대륙에서 파나마 운하 건설을 계기로 발족한 PAHO(Pan American Health Organization)와 통합하면서 1948년 설립된 WHO로 그 활동내용이 이전되었다.

WHO는 1951년 제4차 World Health Assembly에서 이전의 국제위생회의를 통해 다루어오던 검역의제를 Intranational Sanitary Regulation (ISR)로 채택하였다. 당시 이 ISR의 관심 질환은 전통적인 감염성질환 콜레라, 황열, 페스트 외 3개의 질환을 더한 6개 감염성 질환이었다. 1969년 22차 세계보건총회에서 2개의 질환을 제외하여, 4개의 질환(콜레라, 황열, 페스트, 두창)으로 대상

질환을 축소하면서, 명칭도 IHR(International Health Regulation)으로 개칭한다. 그 후 두창이 박멸(Eradication)되면서, 26차 총회(1973)은 다시 이전의 유럽 위생 회의 때 논의되던 3개의 질환으로 돌아가는 IHR을 낳는다.

2002년 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome)을 겪으면서, IHR의 중요성을 절감한 세계는 WHO의 IHR을 보다 포괄적인 감염원을 다 대상으로 하는 수정된 IHR을 만든다(2005년). 이 수정안이 현재까지 국제적인 보건안보에서 국제법 지위를 갖고 운용되고 있는 가장 강력한 국제보건법이다. 올해의 MERS에 관한 조사단을 한국에 파견할 권한도 이 IHR(2005)에 근거하였다. WHO의 IHR(2005)은 현존하는 보건관련 국제법 혹은 국제법적 지위를 갖는 조약 중 가장 긴 역사와 권한을 보유하고 있는 국제보건법이다. 이 법이 명실상부한 작동을 제때 해 나간다면, 세계의 보건안보가 상당 수준 얻어질 수 있도록 준비된 법이다.

3. 쟁점

그러나 작년에 있었던 Ebola사태에서 WHO는 이 IHR을 제대로 활용하지 못했다는 큰 비판을 받고 있다. WHO는 2014년 8월 8일 IHR이 부여한 권한에 기반하여 Ebola 위기가 세계적인 관심이 필요한 공중보건의 응급상태 (public health emergency of international concern)임을 천명하였는데, 이는 국경없는 의사회가 이 선언을 촉구한지 수개월이나 지나서였고, Ebola 사태가 상당한 수준으로 대규모화 된 뒤늦은 선언이었다는

비판을 받았다. 빌게이츠는 이런 Ebola 초기의 신속대응이 어려웠던 이유로 WHO에 이를 위한 인력과 재원이 갖추어지지 않았다는 점을 들어, 북대서양 조약기구(NATO) 신속기동군의 군사훈련 체계에서 배울 것을 주문하였다(New England Journal of Medicine, 2015.4.9.). 다국적 신속대응팀의 효과적인 협력을 위한 공용주파수 사용과 공용 언어 등을 포함한 다양한 기술적 내용을 포함한 배움점에 대한 언급이 포함된 이 주장은 Global Health Security를 위협하는 공중보건의 위기상황에 신속하게 대응할 수 있는 준비상태를 주문하고 있다. 대규모 감염성 질환위기의 조기 대규모 진단 능력, 국경 이동에 대한 검역역량, 치료역량의 다량동시 공급에 대한 준비 등 Ebola는 세계에게 교훈을 주었고, 세계는 이로부터 배워서 미래의 위협에 상시 대비해야 한다는 주장이다. 이 주장에 대한 실천적인 대비책은 무엇인가? 전 세계는 WHO의 IHR(2005)가 보다 더 작동될 수 있도록 분담금을 늘리고 기술적 전문가의 협력을 촉진할 수 있을 것이다. 2014년에 워싱턴에서 시작된 제1차 Global Health Security Agenda 첫 미팅이 이런 방향과는 어떤 맥락에서 일치하고 어떤 만큼 다를까?

4. 서울 국제회의

워싱턴에서 열린 2014년 제1차 회의와 핀란드와 인도네시아에서 열린 실무회의에 이어, 올해 9월 서울에서 열린 제2차 GHSA 고위급 회의 기간 중에 공개 심포지엄이 열렸다. 여기서 미국 질병관리본부 센터장 토마스 프리든은 향후 증가되는 감염성 질환으로부터의 위협에 대응하기 위해 여

러 나라 특히 GHSA에 참여하고 있는 국가(미국을 중심으로 현재 44개국)의 국가간 협력을 강조하였으며, WHO의 사무차장 후쿠다 게이지는 WHO의 IHR에 집중할 것을 주문하였다. 세계동물보건기구(OIE)의 사무차장 브라이언 에반스(수의사)는 인수공통질환이 신종 감염성 질환에서 인수공통질환(Zoonosis)이 주요한 위치를 차지한다는 점을 역설하면서, 동물질환에 대한 OIE의 대응이 인간의 감염성 질환의제에도 중요하므로, 공동대응을 해야 한다는 점을 역설하였다. 그간의 주요 인수공통질환이자 전 세계를 위기에 몰아넣었던 질환들의 앞머리글자를 따서 만든 SHAME(SARS, HIV, Avian Flu, MERS, Ebola) 이란 약자로 인간의 지금까지의 대응이 부끄러운 수준에 있다는 점을 역설하기도 하였다. 인간의 감염성 질환과 동물의 감염성 질환은 같은 맥락 안에서 다를 필요성에 대해서는 오래전부터 ONE Health라는 개념으로 존재해 왔는데, 최근의 Emerging infectious disease는 ONE Health의 중요성을 더욱 부각시키고 있다.

유감스럽게도 이런 국제적 논의에도 불구하고, 우리는 아직은 새로운 유행 감염성 질환이 등장하는 규칙성을 충분히 밝혀내지는 못하고 있으며, 다만 우리 인간의 지식은 농업생산양상의 변화, 동물사육방식의 변화, 동물생산과정에서의 항생제 사용의 효과, 자연환경의 변화로 인한 숙주동물과 인간의 접촉확률과 관계의 변화 등 다양한 원인후보들을 나열하는 수준에 머물러 있다. 치료에 관해서도, 대량 감염환자가 발생하는 지역에 치료역량과 보건의료체계가 취약한 경우가 많아, 대응이 어려운 점, 항생제 내성의 증가로 인한 치

료의 곤란함의 증가 등 자원분포의 불평등이나 기술적 어려움 등에 대해 문제점을 인식하고 있으나, 아직 현실을 크게 바꿀만한 뚜렷한 대책을 명확히 제시하고 있지는 못한 수준이다.

5. 실천적 대안의 방향

신종 전염병의 출현에 관한 과학적 예측이나, 초기 대응에 필요한 규모의 진단 능력이 아직 갖추어지지 않은 상태의 신종 질환 출현 가능성 등 인류가 아직 갖추지 못한 지식의 한계가 가장 큰 도전이다. 그러나 동시에, 일부 부유한 국가와 사회에선 이미 갖추고 있는 대응역량이 대부분의 가난한 국가에선 적용하기 어려운 현실도 있다. 대량 환자 발생시 치료시설의 집중 혹은 대량 환자 발생시 아직 사용허가가 이루어지지 않은 국가(특히 최빈국)에서 해당 치료방법의 신속한 적용을 위한 의약품 및 치료법 허가에 관한 신속행정집행, 환자의 치료여건을 갖춘 공간으로의 즉각적 이동조치, 혹은 보건의료인들의 감염성 질환지역으로의 국내 국가 간 집중 이동 등, 상상할 수 있으나 현실에서 그 움직임을 실제로 만들어내는 것은 쉽지 않은 이런 유형의 취약점은 우선적인 극복대상이다. 다른 말로 하면, 이런 후자의 조치는 국제적인 협력이 잘 진행되면, 당장이라도 신속하게 해결을 이루어 낼 수도 있는 의제이기도 하다.

그러나 대응의 양상이 다른 감염원(자연적이든, 우연적이든, 의도적이든) 으로부터 자신의 국가를 지켜낸다는(사실상 자국)안보개념이 더 우선한다면 Global South라는(잠재적)감염원으로부터 Global North가 피해를 받지 않도록 보호되어

야 한다는 과거 유럽의 위생회의의 묵시적 가정과 유사한 인식이 현실을 지배하게 될 것이다. 1800년대 유럽의 지도자들의 사고방식이었던 이런(자신을 보호한다는) 관점에 한정하는 전략이 중심적인 세계협력 전략이 될 경우, 신종 감염성 질환의 발생이 개발도상국에 더 많은 현실에서, 이들 국가의 국민들의 우선적 치료에 관한 의제는 부차적 의제가 된다.

9월 서울에서 열린 글로벌보건안보구상 시기에는 bio-terrorism에 관한 공동훈련도 동시에 진행되었는데, 이런 훈련의 전제도 가해 피해관계에서 우리를 보호한다는 점에 우선한 자원 동원훈련이라고 볼 수 있다. 이런 측면에 주의를 기울이는 만큼, 같은 수준의 주의를 우리는 Global South에 대해서는 기울이고 있는가? 각국의 의료인들과 자원의 동시 대규모 이동훈련이 이루어지고 있는가? 자문해 본다면, 이런 Global South에 대한 지원전략은 아직 상대적으로 미진해 보인다. 그러나 문제를 더 근원적으로 치료하는 것이 확산을 방지하는 데도 더 유력하다는 것을 알고 있는 한 신종감염성 질환의 출현이 더 자주 일어나는 지역에 대한 초기 집중 대응지원 전략의 효과적인 준비야 말로 더욱더 비용효과적인 전 세계를 보호하는 지름길일 수 있다. 그럼에도 불구하고, 아직 국제적 대응은 위협이 국경을 넘지 않도록 하는 것에, 혹은 선진국의 감염성 질환으로 인한 대량 환자 발생 가능성을 예방하고 조기에 치료할 수 있는 방안이, 대량 감염성 질환이 발생한 가난한 지역에서 문제를 세계적으로 공동으로 해결하려는 노력에 비해 훨씬 더 관심과 노력이 많아 보인다.

WHO를 중심으로 한 IHR의 실질적 작동을 위한 자원의 확대노력과 미국을 중심으로 한 GHSA 44참여 국가의 2014년 이후 새로운 행동은 서로 효과를 극대화 할 수도 있고, 반대로 WHO의 IHR에 자원이 집중되지 못하고, 미국 중심의 의제로 자원이 집중되면서, 여전히 WHO의 IHR에 기반한 강력한 잠재력은 자원부족상태로 잘 작동하지 않는 현실에 남아 있을 수도 있다. 두 개의 길은 미사여구로서가 아니라 실제로 함께 갈 수 있을까? WHO는 IHR에 관한 현재의 자원과 인력부족을 극복하고 역할을 강화해 낼 수 있을까? 국제사회가 감염성질환으로 인한 위험으로부터 벗어나는데 중요한 역할을 하는데 WHO의 역할은 지금보다 얼마나 더 강화될 수 있을까? 국제사회는 지금 많은 풀어야 할 많은 과제를 안고 있다. 나아가 IHR에는 충분히 담겨 있지 않은 개별 국가들의 전반적 보건의료체계의 강화를 위해 부유한 국가들은 국제사회의 균형발전을 위해(그리고 이를 통한 감염성 질환으로부터의 상호 안전보장을 위해) 국제사회의 원조를 통한 빈곤국가의 보건의료체계 발전을 보다 더 적극적으로 지원해야 할 것이다.

6. 결론

선언한 문구가 살아 움직이는 실물이 되지 않고 미사여구로 그치고 실질적 자원동원은 선진국의 보건안보로만 치우치지 않도록 한국사회는 국제사회의 일원으로 균형 잡힌 국제사회 행동을 이루어내는데 앞장서야 할 것이다. Global Health Security Agenda 제2차 고위급 회담을 개최한 국가로서 한국사회가 실천해야 할 역사적 책무는

아마도 우리 한국 혹은 선진국만을 보호하는 의제가 아닌 모든 인류를 함께 보호하고 안전하게 하기 위해 지구상의 모든 인류를 같은 세계시민으로서의 우리로 인식하고 우리 모두를 위한 행동을 촉진해 나가는 일이다. 아울러 감염성 질환 뿐 아니라 건강을 위협하는 다른 비감염성 원인들에 대한 국제공동행동도 같은 글로벌보건안보라는 이름으로 감염성 질환 대응만큼이나 적극적으로 구

성되고 활성화되는 게 논리적으로 타당하다. 이런 때가 곧 올 수 있다는 것에 회의적이라면, 국제사회는 아직 우리 모두 보다는 자기 자신만을 위해서 더 노력하고 있는 거라는 판단 때문일 것이며, 반대로 희망적이라면, 국제사회는 인류모두의 건강을 위해 서로 힘을 합쳐 한걸음씩 더 나아가고 있다고 판단하는 것을 의미한다.

공중보건 위험정보 전달체계에 대한 국내외 현황

김 석 영

의료정책연구소 연구원
lookksy0103@kma.org



1. 서론

지난 5월 말 발생한 중동호흡기증후군(Middle East Respiratory Syndrome, MERS)에 대한 국가의 초기대응 실패와 이에 따른 MERS의 전국적인 유행으로 인하여, 우리나라의 공중보건 위기관리 대응 및 정보전달체계에 큰 문제점이 있는 것으로 나타났다.

9월 현재 MERS 확진환자가 186명, 이중 사망자가 36명에 달하고 아직 치료중인 환자가 8명이 있는 등 아직 완전한 종식을 맞이하고 있지 못하고 있는 가운데, MERS로 인하여 건강상 피해를 입은 국민들 외에도 국가적으로 10조에 가까운 경제적 손실이 있는 것으로 나타나 이를 초기에 잡아내지 못한 정부에 대한 비난 여론이 큰 상황이다.

이번 MERS 사태가 신속하고 투명한 정보공개 부재로 나타난 상황임을 미루어 봤을 때, 신속하고 투명한 정보공개는 MERS와 같은 신종 감염병을 포함한 국가적 재난 상황에서 가장 우선적으로 이루어져야 할 사안이고, 이를 원활하게 하기

위해서는 국가적으로 신속하고 정확하게 정보를 전달할 수 있는 공중보건 위험정보 전달체계(정보제공체계)의 구축이 필요한 것으로 나타났다. 따라서 이하에서는 이러한 이번 사태에 가장 큰 책임이 있는 우리나라의 공중보건 위험정보체계를 알아보고, 그 외 다른 나라들의 시스템 및 운영 현황을 살펴보았다.

2. 국내 공중보건 위험정보 전달체계(정보제공체계) 현황

현재 우리나라에서 시행하고 있는 공중보건 위험정보체계(정보제공체계) 시스템은 주로 질병관리본부에서 주관하고 있다. 질병관리본부는 공중보건위기 정보제공 업무를 주관하고 있으며 산하에 “공중보건위기대응사업단”을 통하여 공중보건의 위험상황 발생 시 이를 전달하고 관리하는 업무를 수행하고 있다.

질병관리본부의 공중보건위기 정보제공 업무는 주로 ‘감염병감시과’와 ‘공중보건위기대응과’에서

담당하고 있다. 먼저 ‘감염병감시과’는 주로 감염병 발생현황을 체계적으로 수집, 분석 및 해석하여 감염병 예방 및 관리를 위해 관련 정보를 제공하는 일을 하는 곳으로써, 이러한 정보는 관련 통계자료나 감염병 감시지침, 주간질병정보 등을 발간하는 형태로 제공되고 있다. 또한 대국민 감염병 정보제공 및 환류 업무로 감염병 감시연보 발간·배포와 국가 감염병 감시 시스템을 통해 신고된 법정 감염병의 발행 현황을 분석하고 정리하여 매년 6월말에 발간·배포하는 업무, 계열 자료를 통해 감염병 발생추이와 통계 의미를 분석·제공하는 업무 등을 담당하고 있다. 다른 부서인 ‘공중보건위기대응과’에서는 신종 감염병 대비·대응 체계 수립 및 운영과 신종인플루엔자 및 조류인플루엔자 인체감염 예방관리, 공중보건위기대응 교육 훈련, 공중보건 위기 대응 조사연구, 공중보건위기대응 국제협력 등의 업무를 수행하고 있다.

위와 같은 부서 이외에도 질병관리본부는 ‘공중보건위기대응사업단’을 운영 중인데, 이는 신종 감염병으로 인해 발생가능성이 있는 공중보건위기 상황을 대비하여 국가 대비·대응 전략을 개발하고 관련 사업수행을 지원하도록 하기위해 만들어진 것이다. 2009년 신종인플루엔자 유행 당시 제한된 보건의료 물적, 인적 자원을 활용하여 신종인플루엔자 대응 및 향후 신종 감염병 발생에 대비하고자 만들어졌던 ‘신종인플루엔자관리사업단’이 시작이었고, 이후 신종인플루엔자 유행이 종료된 2010년 ‘공중보건위기대응사업단’으로 명

칭이 개칭되어 현재까지 이어져오고 있다. ‘공중보건위기대응사업단’은 창설 이후 감염병으로 인한 공중보건위기 대비·대응체계 구축 지원, 공중보건 위기 대비·대응관련 제반연구 등 과학적 근거자료 생성, 공중보건위기 대비·대응 인프라 구축 및 운영 효율화 지원, 신종감염병 위기관리 교육 및 훈련프로그램 운영, 공중보건 위기 대비·대응과 관련된 매뉴얼 등 개정 지원 등의 성과를 나타내고 있다. 특히 2015년 상기 사업단 운영계획에는 공중보건 위기 소통실시간(Real-time) 운영체계 구축이 포함되었는데, 이에 대한 구체적인 내용으로는 질병발생 정보 및 SNS 등 뉴미디어 이슈 정보 실시간 모니터링 툴 개발 및 수집자료 환류, 대상별(계층별) 홍보물 시안 제작, 온라인 간행물 발간 및 포럼·심포지엄 운영, 신종감염병 위기 소통 교육·훈련 프로그램 개발 등이 있다.

3. 국외 공중보건 위험정보 전달체계(정보제공체계) 및 시스템 현황¹⁾

3.1. Global Public Health Intelligence Network (GPHIN)²⁾

WHO와 Health Canada’s Laboratory Center for Disease Control의 협력으로 설립된 서비스로 다양한 미디어 소스로부터 파생된 질병발생 정보를 WHO, 정부, 공중보건 리더, 세계보건에 관

1) Penny Hitchcock, Allison Chamberlain, Megan Van Wagoner, Thomas V. Inglesby, and Tara O’ Toole, CHALLENGES TO GLOBAL SURVEILLANCE AND RESPONSE TO INFECTIOUS DISEASE OUTBREAKS OF INTERNATIONAL IMPORTANCE, Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science Volume 5, Number 3, 2007을 참고하여 정리함.

2) www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2004/2004_gphinrmispbk_e.html

심 있는 대상자를 대상으로 제공하는 역할을 수행한다. 서비스는 전 세계 7개 언어(아랍어, 영어, 프랑스어, 러시아어, 중국어, 스페인어)로 배포되며, 연간 350만 달러(CAD) 의 예산을 운영비용 및 시스템 개발비용으로 사용하고 있다. 서비스의 주된 편당은 캐나다 정부이고, 회원가입비용은 모두 시스템 개발비용에 사용되고 있으며, 7개 국어에 능통한 인력을 활용하고 있다.

GPHIN은 전자 글로벌 미디어 소스를 통해 보고된 중요한 공중보건 보고를 회원 가입자에 한해 일정 비용(서비스 수수료)을 부과하고 전자보고서 서비스를 제공하는 형태의 서비스로 수수료는 회원 가입 조직의 특성에 따라 다르게 부과되나 통상적으로 30일에서 90일의 무료시험기간을 허용하고 있다. 서비스를 받고 있는 대부분의 가입자는 정부 또는 공중보건에 관심이 있는 조직 종사자이고, 이들 외에도 비정부조직, 군인, NATO와 같은 기구도 가입을 하고 있다.

GPHIN 서비스는 첫 번째 우선순위 결정에 있어 자동화된 시스템을 적용하고 분석팀을 통해 최종 결정이 이뤄지는데, 매일 약 7~10개의 정보(alert)가 메일링 되거나 GPHIN 웹사이트에 포스팅 되고, 이중 대부분은 인수 공통 감염병에 대한 것이다. 이밖에도 화학 및 방사선을 포함하는 사건 또는 활성 노출, 식품 안전 및 보안, 제품 안전, 자연 재해 등에 대한 내용이 이메일로 전송되기도 한다. 전송된 정보에는 주로 사건 상황의 규모, 사건 발생의 지리적 위치, 수행(고려)된 통제 및 예방조치, 일반 대중에 대한 근심, 정치적 함의 등에 대한 해설이 포함되어 있다. WHO 또

한 GPHIN 웹 포스팅에 접근 권한을 갖고 있으며, GPHIN 뉴스 리포트의 40%는 WHO가 인증한 질병발생으로 구성되어 있다. 최근 미국 CDC와 공중보건 사건 발생 시 정보를 공유하고 확인하는 협업을 계획 중에 있다.

3.2. ProMED-mail³⁾

ProMED(Program for Monitoring Emerging Disease)-mail은 Federation of American Scientists에 의해 1994년 설립된 비영리 기관으로, 1999년부터 International Society for Infectious Disease에 의해 운영되고 있다. 감염병 발생 혹은 독성물질의 노출 시 이에 대한 정보를 배포하는 인터넷 기반 감시시스템으로, 주로 신종 혹은 알려지지 않은 질병 및 유행병에 대한 정보를 제공하고 새로운 지역 혹은 인구집단에서 질병이 발생 시 정보를 제공하며, 이에 대한 정보는 대체로 미디어나 가입자의 보고를 통해 정보를 획득한다. 총 예산과 인력의 규모는 정확히 파악되지 않으나 주된 편당은 International Society for Infectious Disease, Gates Foundation, the Rockefeller Foundation, Oracle Corporation, Nuclear Threat Initiative에서 나오며, 그 외 기부금을 통해서 충당하기도 한다. 서비스는 전 세계를 대상으로 영어, 스페인어, 포르투갈어, 러시아어로 배포된다.

ProMED-mail은 전 세계적으로 감염병 관련 종사자(주로 과학자, 의사, 역학자, 공중보건전문가, 기타 인력 등)들에 초점이 맞추어져 있는 서

3) www.promedmail.org

비스로, 초기 발생 경보를 제공하는데 때로는 공식보도 보다 빨리 제공하는 경우도 있다. 매일 공중보건과 관련된 수 십 여개의 리포트를 미디어 리포트, 공식리포트, 온라인 요약자료, 가입자 제출자료 등을 통해 수집하며, 최초 보고서는 Top moderator가 거르는 작업을 통한다. 이들은 각각의 보고서를 검토하여 적정성(relevant), 시의 적절성(timely), 신뢰성(credible), 고유성(unique) 있는 보고서를 일차 선별하고, 이 과정을 통해 선별된 보고서는 인간, 동물, 식물 질병 전문가로 구성된 moderator에게 전달된다. 이후 moderator는 각 보고의 정확성 및 신뢰성을 평가하고 소스를 확인, 편집하며 참고문헌을 확인하는 작업과 동시에 보고에 포함된 맵과 이미지 등이 적절한지도 평가한다. 이러한 과정을 통과하면서 간략한 해설과 요약이 첨부되기도 한다. ProMED-mail의 모든 보고는 공중보건에 있어 어느 정도 중요도를 지니고 있느냐에 따라 처리결과가 달라지는데, 대부분의 보고가 긴급한 사안이 아는 것으로 분류되고, 이는 24시간 동안만 편집되어 포스트 된다. 하지만 중요한 사안인 경우 ProMED-mail 웹사이트에 포스팅되고 약 160개 국 36,000명의 가입자에게 메일로 송부된다.

3.3. QFLU⁴⁾

QFLU는 영국 Health Protection Agency의 인플루엔자에 대한 국가임상감시 시스템으로 2006년 설립되었다. 설립 당시 University of No-

tingham, EMIS(영국 일차의료 컴퓨터 시스템 근원), Health Protection Agency와의 협력을 통해 설립되었으며, QRESEARCH⁵⁾와 긴밀한 협력 관계를 보유하고 있으며, 시스템의 서비스 지역으로 잉글랜드, 웨일즈, 스코틀랜드, 북아일랜드로 영연방의 국가들이 있다. 이 시스템은 인플루엔자 질병을 보유한 환자들의 전자건강기록으로부터 정보를 수집하여 감시하는 시스템으로써 인플루엔자의 수, 연대기 그리고 시즌 동안의 인플루엔자 질병의 분포 등을 감시할 수 있도록 설계되어 있고, 결과적으로 인플루엔자 정책 기획 및 대응을 위하여 설계된 시스템이다. QFLU는 매일 질병의 확산, 영향을 받을 인구의 인구통계, 백신접종 현황을 파악하여 보건인력들이 사전에 특이한 경우가 발생하거나 심각한 인플루엔자 유행 발생 시 조기 경보를 할 수 있도록 하고 있다.

QFLU는 매일 2,700명의 GP로부터 NHS 임상 데이터를 수집하고 분석하는데, 이는 전체 영국 인구의 25%(약 1,700만명)에 해당하는 숫자로 이는 유럽에서 가장 큰 규모의 질병 감시 시스템이다. 참여하는 의료서비스 제공자는 집적된 임상 진단 및 처방 데이터를 임상 진료 컴퓨터 시스템을 통해 제출하고, 매일 저녁 QFLU는 이러한 데이터를 추출하여 분석한다. QFLU의 데이터 셋은 매일 집적되어 매주 다음과 같은 변수에 대한 요약을 제공하는데, 이러한 변수로 인플루엔자 질병의 발생건수, 매년 플루 시즌 시 인플루엔자 질병 누적발생건수, 인플루엔자 백신이 필요한 고위험 환자, 플루 시즌 초반부터 백신이 요구되는 환자,

4) <http://www.nottingham.ac.uk/mczqres/qflu.php>

5) QFLU와는 다른 자동화 된 질병 감시 시스템으로서 더 다양한 질병(소화기질환, 뇌졸중, 백신예방가능질환)에 대한 지표를 수집하며, 약 450명의 GP를 활용하고 있음

인플루엔자 질병 관련 간호사나 의사의 상담이 필요한 환자, 인플루엔자 질환으로 인한 병원 입원, 인플루엔자 질환으로 인한 사망, 인플루엔자 항생제 처방 환자, 폐렴 환자 발생 환자 등이 있다.

QFLU와 QRESEARCH의 데이터는 분석작업을 통해 Communicable Disease Report Weekly에 퍼블리시 되고, 무료 전자 공중보건공보를 통해 잉글랜드와 웨일즈 지역에 배포된다. 또한 이러한 시스템을 통해 수집된 정보의 분석을 통해 영 연방의 인플루엔자에 대한 백신의 분배와 항생제의 공급, 치료지침, 기타 정책 등에 대한 결정들을 하고 있다.

3.4. European Influenza Surveillance Scheme(EISS)⁶⁾

EISS는 European CDC's Surveillance and Communication Program의 지원 하에 운영되는 14개 감시시스템 중 하나로 유럽에서 가장 오래되고, 기금이 안정적인 감염병 감시 시스템이다. 최초의 유럽 감시 네트워크는 1987년 설립된 Eurosentinel Scheme으로, 이는 이후 1996년 EISS의 개발을 이끌었다. EISS는 EU 가맹국과 스위스, 노르웨이 등에서 서비스 되는 시스템으로 유럽의 감시의사(Sentinel Physicians)로부터 인플루엔자 질환을 보유한 환자의 임상·바이러스 데이터를 수집하고, 이러한 데이터를 통하여 연중 플루 시즌의 특성을 파악 및 추적하여 인플루엔자 바이러스의 확산을 모니터링하는 역할을 수행한다. EISS는 회원가입 조항으로써 강력한 국가 인플루

엔자 네트워크를 보유할 것을 강제하는 특징이 있으며, 각 네트워크는 국가적 또는 지역적으로 대표될 수 있는 해당 국가의 보건당국에 의해 공식적인 인정을 받은 sentinel 지역을 구성하고 있어야 하며, 해당 지역 인구에 대한 임상 및 검사 데이터를 2년 동안 의무적으로 제공하고 이에 대한 데이터를 매주 제출하도록 되어 있다. EISS의 연 예산은 약 1,150,000유로(\$1.5M)로 이중 42%는 European Commission에 의해 제공되고, 52%는 정부로부터 지원되며 나머지 6%는 산업으로부터 지원받고 있다.

EISS는 회원국의 감시의사(Sentinel Physicians)는 해당 지역의 1~5%를 대표하는 의사로 GP, 소아과의사, 다른 전문의로 구성되고, 시스템은 이들의 네트워크로부터 수집된 바이러스 검사를 획득하게 된다. 시스템 상에서 인플루엔자 질환 또는 급성기호흡기 질환을 보유한 환자가 발생하면 환자로부터 비인두(nasopharyngeal), 인후(throat) 배양(swab)을 채취하여 분석을 위해 National reference laboratory로 보내게 된다. National reference laboratory는 감시의사로부터 받은 샘플을 검사하는 것 외에 비 감시의사로부터 얻은 샘플도 검사한다. 이를 통해 도출한 실험 및 임상데이터는 EISS 데이터베이스에 전자적으로 입력되고, EISS 멤버는 이 데이터에 대한 접근이 가능하도록 설계되어 있다. 인플루엔자 시즌 동안 데이터는 집계되고 분석되며 EISS's Weekly Electronic Bulletin을 통해 보고되는데, 여기에는 유럽 전역에 걸친 인플루엔자에 대한 모든 상황이 포함되어 있으며, 인플루엔자 시즌동안

6) <http://www.eiss.org>

EISS 웹사이트는 약 100만 건/월의 방문자가 접속하는 것으로 나타난다.

3.5. Global Influenza Surveillance Network(GISN)⁷⁾

1952년 설립된 WHO GISN은 인플루엔자 시즌 동안 전 세계 인플루엔자 질환의 감시로부터 임상 데이터를 수집하고 분석하여 정보를 공유하는 감시시스템으로 수집된 데이터들은 출현하는 각종 인플루엔자 바이러스를 확인하고 계절 플루를 위한 백신 사용의 추천 기준 목적으로 사용된다. GISN은 UN의 FAO⁸⁾(Food and Agriculture Organization)와 긴밀한 협력체계를 구축하고 있으며, 서비스 지역 및 국가로는 전 세계 6개 WHO 지역 84개 국가가 있다.

WHO GISN은 116개의 National Influenza Centers를 두고 4개의 협력 센터를 갖고 있다. 또한 87개국 6개 WHO 지역의 위치해 있으며, 매년 플루 시즌동안 National Influenza Centers는 각국의 감시의사로부터 받은 인플루엔자 환자 160,000여개의 샘플을 취득하여 데이터로 활용하고 있다.

3.6. Global Emerging Infections Surveillance and Response System(GEIS)⁹⁾

미 국방부에 의하여 1997년 설립된 GEIS는 미국 내 3개의 military branch¹⁰⁾에서 질병감시 정보를 수집하는 허브를 보유하고 있는 시스템이다. GEIS는 미 국방부 산하의 실험실, 연구실, 군사 보건시스템 등을 연결한 시스템으로써 국가 안전과 군사력의 건강을 보호하기 위해 신속한 인지과 대응을 용이하게 하기 위해 설립되었다. 신종 질병뿐만 아니라 인플루엔자, 호흡기질환, 장 질환, 급성열성질환, 출혈성 결막염, 항생제 내성균, 성접촉 질환 등에 대한 임상 및 검사 삼시 역할을 수행하며, 주로 미국, 태국, 케냐, 이집트, 인도네시아, 페루 등에서 서비스되고 있다. GIES의 핵심 예산은 2009년 기준 1,150만 달러(USD) 편성되어 있는 것으로 나타났다.

GEIS는 Walter Reed Army Institute of Research가 중앙 허브 역할을 하며 모든 질병 발생에 대한 조사를 하고 이에 대한 지침을 제공하며 의학적 중재의 효과성도 평가하는 역할을 수행한다. WHO와 GEIS간의 의사소통과 협력도 이루어지고 있는데, 이에 대한 내용으로 전자의사소통 시스템(웹사이트와 포탈), 매주 미국 감시정보와 인플루엔자 바이러스 감시를 CDC와 WHO에 제공, 미 국방부의 직원을 WHO 본부에 공중 보건훈련 목적으로 파견, 미 국방부 소속 3개의 국외 파견 본부에서 WHO 해당지역의 지역 인플루엔자 감시 정보와 임상 감시를 제공하는 역할 등이 있다.

7) <http://www.who.int/csr/disease/influenza/surveillance/en/>

8) UN 내 조류 인플루엔자 바이러스 감시를 책임지는 기관

9) <http://www.geis.fhp.osd.mil/>

10) The Naval Health Research Center (San Diego), The Walter Reed Army Institute of Research (Silver Spring, Maryland), and the Air Force Institute for Operational Health (Brooks City-Base, Texas).

4. 결론 및 시사점

공중보건 위험정보 전달체계(정보제공체계)는 감염병의 전국적 유행 등과 같은 국가적 재난 상황 발생과 이에 따른 공중보건에 심각한 위협이 다가왔을 때 더 큰 필요성을 느끼는 필수적인 시스템이다. 공중보건 위험정보 전달체계가 올바른 작동을 해야만 공중보건의 위험 발생 시의 인적·물적 피해를 최소로 줄 수 있고, 이를 위해선 국가 내부적으로 또는 국외 여러 국가 및 기관들과의 정보 교류가 필수적으로 필요하다고 할 수 있다.

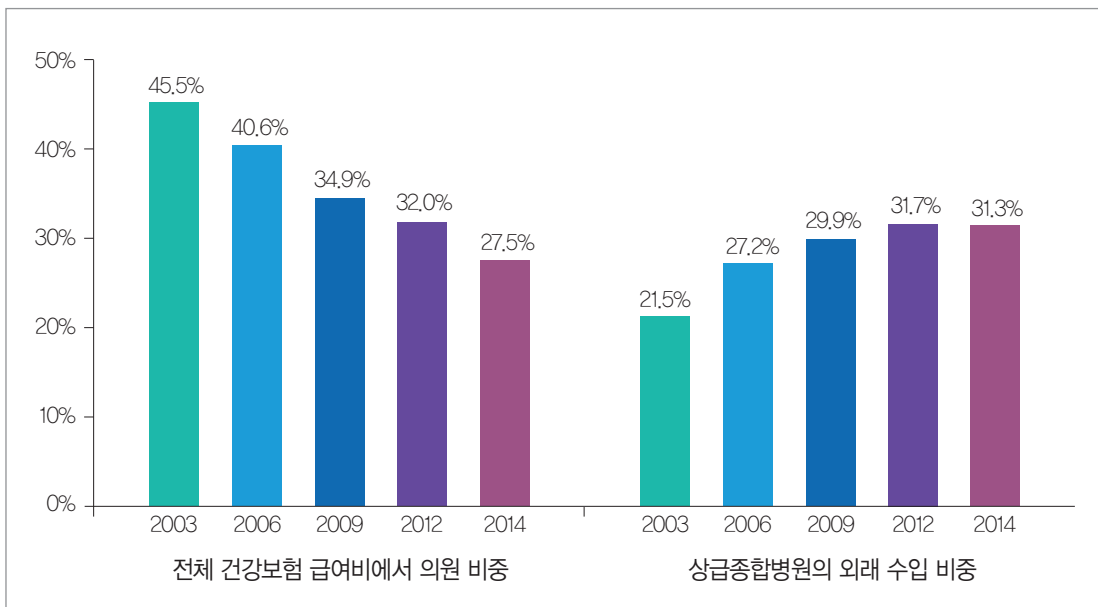
현재 우리나라에서 시행하고 있는 위험정보 전달 시스템은 질병관리본부의 몇 개의 부처와 사업단에 한정되어 있고, 공중보건위기대응사업단의 경우에도 신종인플루엔자 이후 만들어 졌기 때문에 국외의 다른 나라 및 기관에 비해 역사가 짧다고 할 수 있다. 때문에 아직 제대로 된 체계가 잡히지 않았으며 이에 따른 공중보건 위험정보 전달 체계 시스템이 원활하기 작동하지 못한다고 볼 수 있다.

따라서 현재 실시되고 있는 사업단의 전문성을 높이기 위해, 국외의 공중보건 위험정보 전달체계

시스템을 벤치마킹하여 다음과 같이 개선하는 것이 필요하다. 첫째, 의료인 등 보건의료 전문가를 대상으로 하는 공중보건 위험정보 전달 시스템의 구축이 필요하다. 감염병 발생 등의 위기 발생 시 의사 등 일선 의료현장에서 가장 많은 접촉을 하고 있는 의료인이 가장 먼저 손쉽게 정보에 접근할 수 있어야 하고, 의료인에게 가장 최우선으로 투명한 정보공개가 이루어져야 피해 확산을 막을 수 있을 것이다. 둘째, 국외의 여러 나라 및 기구와의 정보교류가 필요하다. 현재 서비스 되고 있는 국외의 여러 정보전달 시스템은 타 기관 및 타 국가 간의 긴밀한 정보공유를 통하여 감염병 등의 유행 실태를 파악 및 관련된 다양한 검체 등의 확보를 통한 연구가 지속적으로 이뤄지는 특징이 있다. 따라서 우리나라도 다양한 국가 및 기관과의 정보 교류를 통하여 공중보건에 위협이 될 수 있는 감염병 등에 대한 지속적인 정보 수집 및 이에 대한 신속한 대응이 필요하다. 마지막으로 상기에서 제기한 문제들을 개선할 수 있는 시스템 구축을 위하여 정부의 재정적 보조 및 지속적인 관심과 이를 운영할 수 있도록 관련 전문가 단체에 대한 전폭적인 지원이 필요할 것이다.

부실 의료전달체계로 인한 상급종합병원 외래진료 확장과 동네의원과의 진료의뢰-회송체계 기능 실종 단면들

1. 건강보험 급여비 중 동네의원과 상급종합병원의 외래 수입 비중 변화

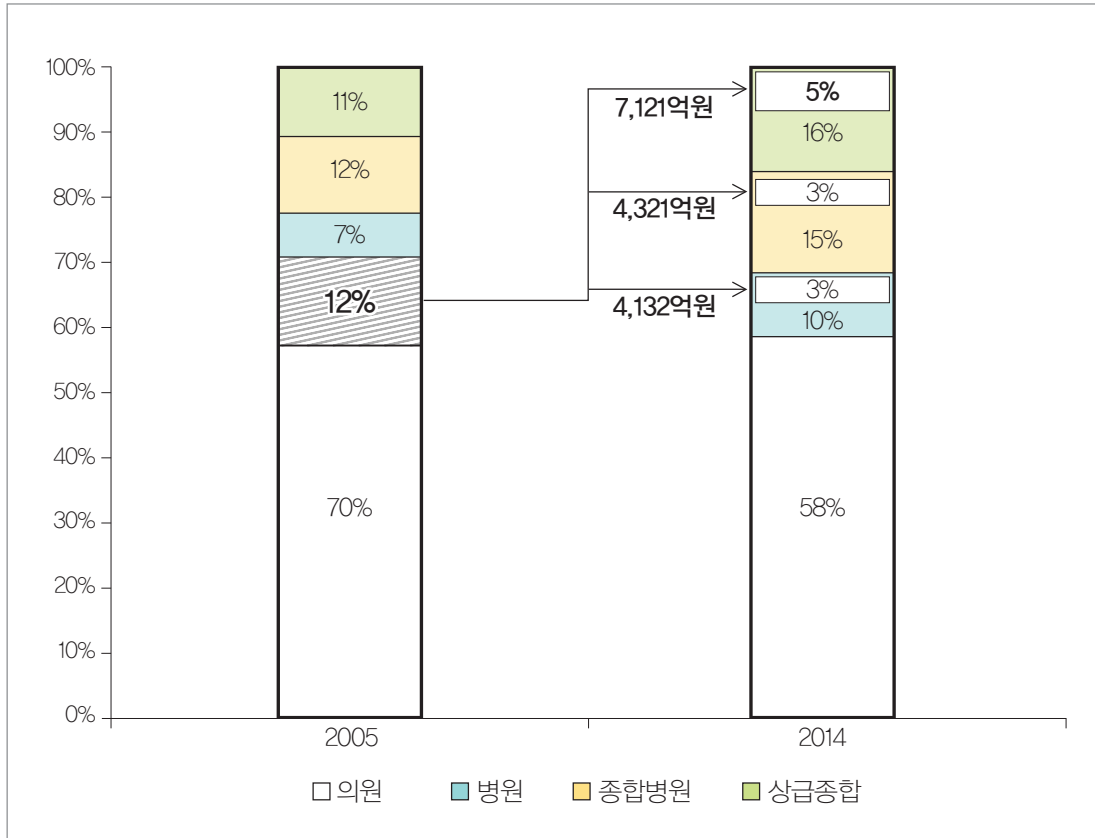


※ 자료 : 각 연도별 건강보험통계

➤ 의과계 의료기관에 대한 건강보험 급여비에서 동네의원이 차지하는 비중은 '03년 45.5%에서 '14년 27.5%로 급격하게 하락. 반면, 같은 기간 동안 상급종합병원의 급여비 수입에서 외래수입이 차지하는 비중은 21.5%에서 31.3%로 급증

- 지난 2011년 정부는 '의료기관 기능 재정립 기본계획'을 통해 의원은 외래진료 중심, 병원은 입원진료 중심, 대형병원은 중증질환과 연구중심으로 특화한다는 방향을 발표한 바 있음.
- 그러나 이 같은 '정책적 목표'는 실현되지 못하고 있으며, 오히려 의료전달체계를 악화시키는 역기능 방향으로 역행 중인 것으로 드러남.

2. 의료기관 종별 건강보험의 외래 급여비 수입 비중 변화와 병원급 의료기관의 동네의원 외래 급여비 수입 잠식



▶ 병원급 의료기관은 외래진료 확장을 통해 동네의원의 외래 급여비 수입을 지속적으로 잠식. 2005년 구성 비율을 기준으로 할 경우, 2014년 한 해 동안 병원급 의료기관은 동네의원의 건강보험 외래 급여비 수입의 12%(약 1조 6천억 원)를 잠식

- 병원급 의료기관의 공격적인 외래진료 확장으로 동네의원이 건강보험의 외래 급여비에서 차지하는 비중은 2005년 70%에서 2014년 58%로 하락함.
- 2014년 한 해 동안 동네의원의 외래 급여비 수입을 ▲병원 3% (4,132억 원), ▲종합병원 3% (4,321억 원), ▲상급종합병원 5% (7,121억 원) 규모로 잠식한 것으로 밝혀졌음.

3. 상급종합병원 52개 경증질환 외래진료 및 회송 현황

▶ 경증환자를 동네의원으로 회송하지 않는 상급종합병원. 650명의 외래 경증질환자 중 불과 1명만 (1,000명당 1.6명꼴)을 동네의원으로 회송

- 상급종합병원의 외래환자 중 16%, 약 90만 명의 환자가 동네의원에서 진료할 수 있는 52개 경증질환자임.
- 882,471명의 52개 경증질환자 중 회송수가를 청구하여 동네의원으로 회송한 환자는 1,397명에 불과(0.158%), 650명의 외래 경증질환자 중 1명꼴로 동네의원으로 회송하고 있어 의료전달체계의 기능과 역할은 말 그대로 실종된 것으로 확인.
- Big 4 병원 중 삼성서울병원은 63,872명의 외래 경증질환자 중 510명 회송(0.798%), 서울아산병원은 51,249명 중 21명 회송(0.041%), 서울대병원은 44,945명 중 7명 회송(0.016%), 세브란스병원은 50,568명 중 10명 회송(0.021%)함.
- 43개 상급종합병원 중에서 단 한 명의 환자도 동네의원으로 회송하지 않은 병원이 18개소로 나타나 충격을 주고 있음.
- 고난이도의 중증질환 진료를 담당하는 상급종합병원의 '본질적 역할'이 실종되었으며, 상급병원의 진료가 종결된 환자를 지역 의료기관으로 회송하는 의료전달체계 상의 순기능도 전혀 실현되지 못하고 있는 것으로 드러나 개선이 시급한 것으로 지적되고 있음.



표. 상급종합병원의 52개 경증질환 외래진료 및 회송 현황('13년 7월 ~ '14년 6월)

(단위: %, 명, 건)

권역	기관명	외래환자 중 경증질환자 비중	경증질환 외래환자 수	경증질환 외래환자 회송 건수	경증외래 환자 회송률
서울	삼성서울	16.1	63,872	510	0.798 %
	서울아산	16.1	51,249	21	0.041%
	서울대	13.6	44,945	7	0.016 %
	세브란스	16.2	50,568	10	0.020 %
	A	21.0	18,811	10	0.053 %
	B	20.8	20,612	0	0 %
	C	14.3	16,037	0	0 %
	D	18.9	19,466	0	0 %
	E	12.7	10,794	0	0 %
	F	17.3	36,795	2	0.005 %
	G	24.0	24,224	1	0.004 %
	H	18.1	22,902	4	0.017 %
	I	13.6	16,913	7	0.041 %
경기 서부	J	18.4	20,098	0	0 %
	A	27.4	31,611	0	0 %
	B	21.2	32,499	10	0.031 %
	C	13.9	13,521	3	0.022 %
경기 남부	D	23.9	24,781	0	0 %
	A	19.3	14,846	3	0.020 %
	B	19.0	32,170	16	0.050 %
	C	20.9	25,772	20	0.078 %
강원 충북	D	17.3	36,163	3	0.008 %
	A	17.1	13,171	74	0.562 %
충남	A	17.7	12,667	0	0 %
	A	15.4	19,822	0	0 %
	B	10.9	8,116	0	0 %
전북	C	20.2	18,972	69	0.364 %
	A	11.9	12,285	9	0.073 %
전남	B	16.8	10,306	0	0 %
	A	10.9	13,961	289	2.070 %
경북	B	15.5	8,472	105	1.239 %
	C	7.1	3,460	4	0.116 %
	A	7.4	9,938	0	0 %
	B	14.5	15,374	88	0.572 %
경남	C	11.2	9,306	37	0.398 %
	D	10.2	9,566	2	0.021 %
	A	10.6	11,932	0	0 %
	B	13.0	6,449	0	0 %
	C	8.1	8,055	0	0 %
	D	13.3	11,057	0	0 %
	E	11.5	8,620	93	1.079 %
	F	21.4	22,378	0	0 %
	G	21.2	19,915	0	0 %
평균(합계)		16.0 %	(882,471)	(1,397)	0.158 %

톡톡 썩썩



톡톡 썩썩은 오늘날 정계와 의료계에서 나오고 있는 의료현실에 대한 톡톡 튀는 말들을 썩썩 적은 코너다. 국회 보건복지위원회 소속 의원 등 정치인들이 발언한 내용의 일부와 의료현장의 목소리를 담은 대한의사협회 홈페이지(www.kma.org) 플라자에 올라온 의심(醫心)의 일부를 여과 없이 전재하여 오늘의 의료현실을 전하고자 한다.

국 회



김춘진 의원

“피해자에 대한 경제적 지원과 의료기관에 대한 손실보상과 관련하여 병원 폐쇄, 병원명단 공개 등 행정조치로 인한 직접손실과 그 외의 간접손실을 구분하고 손실의 성격에 따른 지원 대상, 지원 수준, 보상 범위를 속기록에 남겨주시기 바랍니다. 이것이 명확하지 않은 상황에서 세부 세항들을 행정입법으로 위임할 경우 법률의 취지와 달리 시행될 우려가 있습니다.”

[메르스 관련 법안의 신중한 검토와 처리를 기대하며, 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



문정림 의원

그래서 (병동폐쇄 예정인) 그런 의료기관에 대한 지원도 있어야 되고 또 의료 공백으로 인한 환자 대책도 있어야 되잖아요. 그런데 최근에 외래 처방에 대한 논란이 있습니다. 그래서 저는 일단은 환자 입장에서 생각하면 환자의 접근성, 의료기관이 폐쇄됐을 때 그러면 처방을 어떻게 받겠느냐 접근성이 보장되어야 되고, 처방을 받는 가운데 어떤 사고가 발생하지 않도록, 그렇지요?

현재 어떻게 할 것인지, 그 다음에 그게 의료법상 좀 저촉된다 이런 부분도 있습니다. 그래서 그런 부분을 어떻게 할 것이고, 의료계는 어떻게 설득할 것이고 또 환자의 안전성은 어떻게 보장할 것인지 간단히 답변 부탁드립니다.

[외래 처방 논란에 대한 문형표 보건복지부장관의 답변을 요구하며, 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



문형표
보건복지부장관

일부 병원에서 진료 거부나 이런 것들 때문에, 또 그러한 협력병원이 가능하지 않은 경우에는 저희가 의료법상 이러한 비상상황 때는 비상조치를 할 수 있는 조항이 있는 것으로 알고 있습니다. 그래서 거기에 준해서 일단 전화를 통해 가지고 긴급하게 일시적으로는 처방을 가능하게, 아마 대리처방이나 이런 것을 우리가 허용하는 차원과 같이 그런 식으로 조치를 하고자 하고 있습니다. 그런데 여기에 대해서 이것이 원격진료에 대한 어떤 시범사업을 확대하는 것 아니냐 이런 의혹이 있었습니다. 절대로 그런 측면에서는 아니라는 것을 분명히 말씀드리겠습니다.

[외래처방 논란에 대한 문정림의원의 질의에 대한 답변에서, 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



김성주 의원

이번 메르스 사태가 대란으로까지 번진 것은 초기 대응 실패했다고 하는 것에 대해서 모두가 다, 정부도 인정하고 국회 그다음에 우리 국민들도 다 그렇게 생각합니다. ‘초기 판단에 어떤 오류가 있었는가?’ 이것을 밝히는 것은 이와 같은 사태가 재발하는 것을 막기 위해서 굉장히 중요하다고 생각합니다. 저는 그중에서 신속한 정보 공개, 이게 메르스 확산의 결정적인 이유였다고 판단합니다.

[정부의 메르스 초기대응 실패에 대한 주요 원인을 지적하며, 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



이종진 의원

전문가들은 이번 메르스 사태는 우리나라의 해외 유입 감염병에 대한 대처 능력의 현주소를 여실히 보여줬다고 평가하면서, 글로벌 시대에 해외발 감염병의 유입은 피할 수 없는 만큼 이번 메르스 사태를 통해서 감염병 예방 및 대응 로드맵을 만드는 계기로 삼아야 한다는 그런 의견이 많습니다.

[메르스 사태로 제기된 취약한 공중보건체계와 허술한 감염관리 문제를 지적, 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



김정록 의원

말일까지 이렇게 지나다 보면 중소병원 부도나는 데가 많습니다. 예를 들어 가지고 장비가 매달 나가는 게, 중소병원의 종사자들이 약 500명 되는데 거기 병원도 마찬가지로 소아병원 있잖아요. 소아병원은 하루에 한 두 명밖에 안 온답니다. 그러면 거기에 매월 나가는 인건비에서 장비, 이게 심각한 병원들이, 운영에 대한 위기가 도출될 수밖에 없는 상황이 된 것 같아요.

그런데 물론 우리 국민들, 복지부에서도 여러 가지 대처 방안, 전염병에 대한 구체적인 매뉴얼을 만들겠지요. 문제는 제일 피해자가 누구냐. 의료인과 병원들이 지금 타격을 입고 있잖아요. 그랬을 때 거기 경영에 대한 지원책이 절실한 것 같아요.

[메르스로 인해 일선 의료기관들이 겪고 있는 심각한 경영난을 지적하며, 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



김명연 의원

우리가 지자체에서 예방하고 그럴 때 또 치료하고 소독하고 그럴 때 돈이 없으면 쓰는 게 예비비 아니면 특별교부금 달라 이렇게 하는데 이거에 대한 기금, 기금 같은 게 딱 돼 있어야지요. 다른 것들은 전부 진흥기금, 무슨 기금, 기금들이 쭉 있어요. 그런데 국민들의 건강을 담보로 건강을 유사시에 지킬 수 있는 이런 기금이 제도적으로 안 돼 있다는 것이 얼마나 한심스럽습니까. 이 부분도 공론화시키고 이것을 국민적 공감대를 끌어낼 수 있게끔 홍보를 하세요. 그래야 또 정부가 이것을 밀어붙일 수 있는 원동력이 되니까, 동력이 생기니까 기금 문제도 이번에 결정을 좀 하시자고요.

[감염병 발생 등 긴급 상황 시 대비하기 위해서는 기금조성이 필요하다고 역설 2015년 6월 24일 제334회 2차 보건복지위원회]



양승조 의원

아쉽고, 한 가지 촉구하고 싶은 게 제가 이번 메르스 사태를 맞이해서 ‘감염병 전문병원’을 설치하자 이런 법안을 제출했거든요. 이번 메르스 사태를 맞이해서 감염병 전문병원 설치야말로 절실하다고 생각하는데 왜 그게 논의되어서 반영되지 않았는지 묻고 싶고요.

[정부측에 감염병 전문병원의 필요성을 촉구한데 대해 진행여부를 묻는 질문에서. 2015년 6월 25일 제334회 3차 보건복지위원회]



김용익 의원

“메르스 공포의 진원지이자 비상사태의 근원지는 정부의 무능과 무책임, 무개념의 총체적 3무 정권의 결과물이라고 아니할 수 없습니다. 장관은, 문형표 장관이 말하면 그 반대로 된다고 해서 ‘문형표의 저주’라는 말까지 들고 있다는 사실 알고 있습니까?”

[보건복지부장관에게 메르스 사태의 책임을 물으며. 2015년 6월 8일 제334회 국회 본회의]



박윤옥 의원

공공의료에 대한 국민들의 인식은 이번에 상당히 높아졌다고 볼 수 있습니다. 앞으로 공공의료 부분에 대해서 한 번이 아니라 다시 여러 번 여러 가지를 논의해야 될 것도 많고요, 예산을 확보해야 될 것도 많다고 생각합니다. 많이 보완되어야 된다고 생각하고요.

전문병원에 대해서는 지금 시작인데, 권역별로 하고 충분히 할 수 있기를 바라는 김용익 위원님과 양승조 위원님 생각에는 다 동일한 데가 있는 것 같은데요.

[공공의료 확충에 대한 의견을 제시 2015년 6월 25일 제334회 3차 보건복지위원회]



안철수 의원

메르스 사태에 대해서 비밀주의와 삼성의료원 감싸기를 고수하고 있는 복지부의 태도를 먼저 지적하지 않을 수 없습니다. 첫째로 비밀주의 고수입니다. 현재 복지부가 국회의 정당한 자료제출 요구를 철저하게 무시하고 있습니다. 예를 들면 메르스 사태 발생 이후 개최한 전문가 자문회의, 내부회의 등 각종 회의자료, 회의록 사본 등과 메르스 일일상황보고서, 5월 28일 청와대 회의 그리고 메르스감염경로조사위원회 회의자료 및 회의록도 제출하지 않고 있습니다. 또 환자별 역학조사서도 일부 요약본밖에는 제출하지 않고 있습니다.

[정부측에 국회의 정당한 요구인 자료제출 요구를 무시하고 있다고 지적 2015년 7월 13일 제335회 1차 보건복지위원회]



이목희 의원

이것은 뭐 정확한 숫자는 아닙니다만, 병원협회는 ‘메르스로 인한 병원의 직접 손실만 5000억 원이다’ 이렇게 주장을 하고 있습니다. 대한의사협회 역시 ‘의원급 의료기관의 피해가 3400억이다’ 이렇게 얘기를 하는 것이 언론에 보도되고 있습니다. 복지부의 지원 기준에 따라 서울 시내 지원 대상 병의원이 자체 산출한 피해 규모도 913억 원이다 이런 보고가 있습니다. 자, 지원 대상과 지원 기준이 어떻게 된 것이지요? 오랜 기간 동안 진행된 메르스 사태를 1000억으로 직접 손실을 보상할 수 있다고 생각하지 않습니다.

[정부의 메르스 추경 편성과 관련 2015년 7월 13일 제335회 1차 보건복지위원회]



인재근 의원

중앙의료원은 신종플루, 에볼라, 사스 등을 겪으면서 국가 지정격리병원 등을 운영했지만 환경은 열악했습니다. 음압수술 시설을 갖춘 감염병 전문병원 설립이 얘기되고 있지만 그 전까지 1번 환자와 같은 상황이 반복될 가능성이 큼니다. 전문병원 및 체계가 완성되어 가동되기 전까지는 경험 있는 중앙의료원이 이러한 역할을 할 수밖에 없는 상황인데 저는 의료원의 음압수술실을 시급히 설치할 필요가 있다고 보는데, 장관님 어떻게 생각하십니까?

[감염병 관리를 위한 시설확충 문제를 제기 2015년 7월 13일 제335회 1차 보건복지위원회]



남인순 의원

메르스 격리자에 대한 긴급생계비 지원에 대해서 질의하겠습니다.

지금 메르스 통합정보시스템에 등록된 자에 한해서 긴급생계비 지원하라고 되어 있는데요. 지난번에 긴급복지 지원 기준 보조율 같은 경우에 예산 추경에 나온 것 보면 각 시도별로 다르지요. 서울시가 50%고 시도가 80% 국고 지원하도록 되어 있지요?

[메르스 격리자에 대한 긴급생계비 지원을 언급하며 2015년 7월 13일 제335회 1차 보건복지위원회]



이종진 의원

메르스 관련 지원 예산이 실제 병원에 대한 보조나
응자를 빼 버리면 2153억 원 정도밖에 안 됩니다. 이 중
에서 감염병 관리시설, 장비 확충 예산으로 기획재정부
에 2044억 원을 요구를 했지만 1448억 원만 반영이 되
었습니다. 이번 추경에 미 반영된 예산에 대해서 어떻게
대책을 세우고 계시는지 한번 이야기해 주십시오.

[메르스 추경예산 편성과 관련한 질의에서 2015년 7월 13일 제335회
1차 보건복지위원회]



김기선 의원

자진 폐쇄를 한 병원, 이거 어떻게 할 거냐... 그리고
여러 관련된 의료기관들이 이번 메르스 사태로 큰 피해
를 봤는데 이게 제대로 정부 차원에서 대책이 미진할
경우에는 다들 걱정하는 것이 이런 것이 다시 발생했을
경우 누가 나서겠느냐 큰 걱정을 하고 있지 않습니까?
차제에 복지부가 피해액을 적어도, 상당한 부분 정부가
책임지고 보전해 준다는 그러한 방침을 기본적으로 정
해서 임해 주시기를 바라겠습니다.

[메르스 피해 의료기관에 대한 실질적인 지원이 필요하다고 강조
2015년 7월 13일 제335회 1차 보건복지위원회]

의협 플라자

이건 파업을 해서라도 막아야합니다

▶ 이 법안이 통과되는 순간, 의사들은 잠재적인 보험사기 공범으로 찍힐 것이고, 환자 개인정보는 줄줄 새서 돌아다닐 겁니다. 그렇지 않아도 지금 보험사들이 실손보험 건으로 어떻게든 의사들을 엮으려고 혈안이 되어 있는데, 이런 병의원들을 발가벗기겠다는 것이나 다름없습니다. 게다가 실손보험 가입자가 보험사에 청구해야 할 일을 의료기관보고 대신하라는 겁니다. 또, 환자 개인정보 유출로 인한 책임을 의사와 의료기관에 덤터기 씌우겠다는 겁니다. 보험사들이 얼마나 로비를 했는지는 몰라도, 이런 터무니없는 제도를 추진한다는 자체가 금융감독원이 누구를 위해 존재하는 건지 알 수 없게 하는 일입니다. 협회는 즉시 이런 만행을 회원들에게 널리 알리고, 이를 시초부터 분쇄하기 위한 특단의 대책을 강구해야 할 것입니다.

(levo 2015-08-24)

메르스 사태이후 국가 보건 및 방역체계 행정제도 개선 제안

▶ 국가 보건 위생 감염 방역대책은 우선적으로 전문성, 효율성, 신속성, 과감성, 권위성, 의료인 자율성과 참여성이 절대적으로 필요하고 운용하는 국가의 마인드가 중요함. 따라서 정부가 의료인 중앙단체에 일정적 후원과 지원 격려를 통하여 상시적으로 신뢰와 참여를 이끌 수 있도록 대국민 대언론등 사회적 위상강화 협력이 절실히 필요한 현실임.

(dkvidy02 2015-08-15)

법을 지키려, 돈을 다 받으면 천하의 죽일 놈이 되겠네.

▶ 우리나라는 언제쯤 법을 지키는 자가 손해를 보지 않을까? 아직 요원한 것 같다. 그리고 병원이 적자고 우짜구가 다 거짓말인 것 같다. 적자가 나는데 법에서 받게 되어 있는 본인부담금을 할인도 하고, 휴일

이니 직원들에게는 통상임금의 50% 가산을 하고 수입은 법을 따르지 않고 할인을 해주고 지출은 법대로 정확하게 내주어 또 손해를 보고...

(laserpsh 2015-08-13)

개인정보보호 자율점검 교육은 이렇게 하면 됩니다.

▶ 개인정보보호 자율점검 교육에 대해 어떻게 해야 할 지 의사들이 당황해 하고 있습니다. 개인정보보호 자율점검 교육은 이렇게 하면 됩니다. ‘개인정보보호 자율점검 교육’은 의사들이 반드시 받아야 하는 교육이 아닙니다. 의사들이 교육을 거부하고 받지 않으면 됩니다. 정부가 모든 의료기관을 직접 방문하여 현장점검(건강보험 실사가 아님)을 해야 하는데, 그 수고를 하기 싫어서 정부가 ‘자율점검’이라는 꼼수를 부려서 의사들에게 행정업무 부담을 떠넘기는 것입니다.

(jihuman 2015-08-13)

달빛병원? 토요일 심평원부터 하시죠?

▶ 달빛병원은 의사를 조삼모사로 노예화하는 전형적인 의사 노동력착취 행정입니다. 심평원, 공단은 토요일도 전화 안 받고 공무원은 주 5일 주 40시간 하면서 달빛병원하라니... 의사 아빠, 의사 엄마는 저녁 없는 삶을 살라는 말입니까? 복조선의 새벽별 보기 운동이나 남조선의 달빛병원이나 인간다운 삶을 침해하는 노동력 착취운동입니다. 달빛병원 하기 전에 달빛시청, 토요일 심평원부터 좀 하시면 안 될까요? 응급환자는 응급실 가면 되고 응급하지 않는 환자는 불편해도 다음날 진료 받으면 되지 저녁 있는 삶에 의사만 예외입니까?

(ldu 2015-08-12)

보건부를 독립·신설하고 질병관리본부를 질병관리청으로 승격하라!

▶ 문화일보에 의견 광고를 게재하였습니다. 보건부를 독립·신설하고 질병관리본부를 질병관리청으로 승

격하라! 보건소 기능을 공중보건과 감염병 예방 등으로 전면 개편하라!

(wpeople1 2015-07-27)

건강생활 지원센터를 동네마다 지으면 대재앙입니다

▶ 이번 시행령 개정안으로 정부가 건강생활 지원센터를 동네마다 지어놓으면 이를 이용해 원격모니터링 건강관리센터로 이용하면 그걸 어떻게 막을 것이며(의료인간 원격은 수가 없지만 현행법으로도 가능) 행여나 의사 등등을 고용한 곳을 의료기관으로 변형을 시키면 국가가 동네마다 1차 의료기관과 경쟁하는 동네병원을 가지게 되는 것입니다. 예전부터의 소문대로 이제 건보공단이 각 지역마다 운영하려고 시도중인 지역 건강관리센터로 변질되어 일산병원처럼 각 지역 건보공단지사가 운영을 직접 하게 되면 어찌 하시겠습니까? 복지부가 의료계를 향해 그간 차근차근 준비해놓았던 대륙간 탄도탄을 드디어 쏘아 올린 것인데 의료계 전체가 이리도 조용하니 참 신기하기만 합니다.

(pball73 2015-07-22)

도대체 “공공의료”가 뭐가

▶ 메르스 사태로 “공공의료”라는 말이 난무했다. 그러나 아직도 공공의료란 무엇인지 모르는 정치인, 기자, 관료들이 많은 것 같다. 의료서비스 공급의 주체인 의사들조차 정확한 의미를 모른다. 공공의료 개념조차 모른 채 메르스 후속책을 논하는 것은 어불성설이다. 정체불명의 “공공의료” 영어로 공공의료와 이와 배치되는 민간의료라는 용어는 찾기 어렵다. public health라는 용어는 있지만 private health라는 용어는 없다. 다만 private와 연관된 단어로서 private health providers, private health insurance 등의 용어는 사용된다.

(akmo 2015-07-18)

현재의 보건소 기능에 침묵하는 것은 죄악입니다.

▶보건소나 공공 의료원은 일반진료 할인 약값할인

으로 동네병의원 민폐 그만 끼치고 본연의 임무인 방역과 예방에 전념해야만 하고 그렇지 않으면 또다시 전염병 참사가 100% 발생해서 몇 명으로 막고 끝날 거 몇 십 명이 사망하고 병의원 망하고 국가 경제도 축대발되는 거 꼭 당해봐야 맛을 알겠는가?

(0622kch 2015-07-01)

국가에서 공익을 위해 가격 결정하고 통제하는 의료에서...

▶ 의사들이 공무원도 아니고, 의료라는 상품을 판매하는 자영업자나 마찬가지인데.. 나라에서 공공재라는 명목하에, 가격을 자기들 맘대로 매기고, 급여기준이라는 걸 만들어서 그나마 그 싸구려 가격도 제대로 주지 않으면서 의료기관 운영을 하루 벌어 하루 먹고 사는 하루살이처럼 만들어서.. 더구나 이런 메르스 같은 전염병 관리를 제대로 하지 않아서, 또 제대로 된 조사인지, 면피로밖에 보이지 않는 무조건적인 병원내 감염 짜맞추기 발표로, 이제 전 국민들은 병원을 무슨 바이러스 구덩이 보듯이 해서, 환자들이 이 병원에 오면 메르스 바이러스 걸릴까 무섭다 하여 기피하게 만들고...

(ciba73 2015-06-25)



메르스 관련 주요 일간지 기고 및 사설 모음

기 고

[시론/중앙일보/2015.06.12.]

“메르스 방역 실패는 병원 책임 아니다”

추 무 진
대한의사협회 회장



6월 첫 주를 고비로 중등호흡기증후군(MERS·메르스) 환자 증가세가 주춤해지고 관리가 가능할 것이라는 보건 당국의 전망은 빛나갔다. 정부와 국민의 바람과는 달리 며칠 사이 삼성서울병원 응급실에서 감염된 확진자가 계속 늘어나고 있다. 또한 감염 환자 발생이 경기도 남부 지역과 서울 일부 지역 중심에서 전국적으로 확대되는 매우 우려되는 상황에 놓여 있다.

이에 따라 격리자 수도 11일 현재 3805명에 이르렀다. 이로 인해 가족과 이웃까지 수많은 사람이 불안한 나날을 보내고 있다. 환자 치료뿐만 아니라 이분들을 위한 관리와 상담도 중요한 과제로 떠올랐다. 다른 한편으로 첫 감염자가 입원했던 평택성모병원에서의 감염자는 더 이상 나오지 않을 것으로 보인다. 또한 초기 감염 환자가 완치 판정을 받고 퇴원했다는 희망적인 소식도 있다.

메르스란 병에 대해 먼저 알아보자. 이 병은 3년전 처음 발견돼 보고된 메르스-코로나바이러스 감염에 의해 생기는 호흡기 감염을 말한다. 이 바이러스는 박쥐에게서 발견되고 있으나 낙타에게서는 항체만 검출되고 있다. 콧물·재채기·기침 등으로 뿜어져 나온 비말(飛沫)을 통해 긴밀한 접촉에 의해 사람 간에 감염된다. 증

상이 없는 잠복기에는 전파되지 않는다. 고열·기침·호흡곤란·근육통·설사·구토·복통 등의 증상을 보이며 감염 후 증상 발현 때까지 평균 5.5일(2~14.7일) 걸린다. 증상이 없는 경우도 있으나 심한 폐렴으로 호흡곤란·신부전증·패혈증 등으로 사망에 이르기기도 한다.

메르스를 조기에 이겨내기 위해서는 현재까지 메르스 대응에서의 문제점을 되짚어봐야 한다. 그래야 앞으로의 대책도 보이기 때문이다.

첫째, 초기 대응 과정에서 1차 감염자와 그로 인한 감염자인 14번, 16번의 격리 실패로 인해 3차 감염자가 다수 발생했다. 이 점을 고려할 때 감염자와 의심 환자의 격리 관리가 철저하게 이루어져야만 한다. 이를 위해 의료기관 간 확진 환자뿐만 아니라 의심 환자들의 정보를 공유해야 또 다른 의료기관 내 전파를 막을 수 있다. 이번의 여러 병원에서도처럼 환자에 대한 정보 공유가 안 돼 적절한 격리가 이루어지지 않아 무방비 상태로 또 다른 감염자가 발생하지 않도록 해야 한다.

둘째, 의심 환자와 격리 대상을 정하는 밀접 접촉의 기준을 환자와 2m 이내라고 한정된 것도 문제다. 이로 인해 다수의 확진자를 초기에 밀접 접촉으로 분류하지 않아 사태를 키웠다. 결과적으로 이들에 대한 확진 검사와 격리 등의 조치가 지연돼 집단 감염 사례가 꼬리를 문 것이다. 감염 확진자가 많이 늘고 다른 병실과 다른 병원으로 전원된 환자에게서도 확진자가 생겨나면서 공기 전파냐 아니냐는 논란도 생겼다.

따라서 현행 질병관리본부의 메르스 대응지침에 따라 적절한 개인보호장비를 착용하지 않고 환자와 2m 이내에 머문 경우뿐 아니라 같은 병실, 같은 공간에 머문 경우에도 적극적인 격리 조치와 관리가 필요하다. 또한 자가격리 대상자의 실태를 밀착 관리해 자가격리자가 개인적인 임의 행동과 가족 간의 감염을 초래하지 않도록 하는 것이 요구된다. 이를 위해 자가격리 대상자

와 가족 등 국민에게 이해를 구하고 적극적인 협조를 요청하는 것이 반드시 필요하다.

셋째, 일부 의료기관에서의 메르스 감염병 관리 실패는 이미 이전부터 예견된 것이었다. 이를 민간 의료기관의 책임으로 돌리는 것은 문제 해결 방안이 될 수 없다. 그동안 의료기관에서의 통상적인 감염병 예방 관리는 의료기관의 자체 노력으로 커다란 문제없이 수행해 왔으나 신종 감염병과 같은 재난 의료에 대비한 감염병 예방 관리는 민간 의료기관 차원에서 주도할 수 없음은 자명한 사실이다. 예를 들어 음압시설 격리 1인용 병상과 관련 시설을 설치하고 유지하는 데는 많은 비용이 들어간다. 이는 민간 병원이 할 수 없는 공공 보건의료의 영역이다. 따라서 보건소는 본연의 설립 목적인 지역 공공 보건을 담당하고, 국가 감염성 질환 전문병원 같은 공공 의료체계를 구축하는 게 필요할 것이다.

메르스 전파를 하루라도 빨리 끝내기 위해서는 정부·의료계, 국민 모두 합심해 위기를 헤쳐나가야 한다. 신종 감염성 질병에 대한 위기관리 소통의 기본 원칙에 따라 국민의 두려움을 인정하고 그에 대한 사전 예방 대책을 소상히 설명하는 것이 필요하다. 이제라도 급변 메르스 초동 단계에서 드러난 문제점들을 정확히 분석하고 이를 조속히 개선해야 할 것이다.

우리나라는 많은 국민이 해외로 나가고, 또 많은 외국인이 국내로 들어오고 있다. 이미 질병 전파도 글로벌화하고 있다. 메르스와 같은 신종 전염병 문제를 풀고 관리하려면 감염성 질환의 공공 보건의료체계를 정상화하는 데서 출발해야 할 것이다. 전염병 관리에 대한 국가적 투자를 늘리고 국민의 대응의식을 높이지 않는 한 제2, 제3의 메르스 사태가 언제든지 또 생길 수 있다. ■

[조선일보 메디컬 리포트, 특별 기고/2015.07.27]

“메르스, 사실상 종식되었지만... 실질적인 예방 시스템 구축해야”

강 청 희

대한의사협회 상근부회장
의협 메르스 대책본부 본부장



20일 쯤 메르스 확진자가 나오지 않고 있다. 수많은 사람들을 공포에 떨게 했던 메르스가 표면적으로라도 진정국면을 맞고 있다는 것은 국민의 한 사람으로서, 또 의료인의 한 사람으로서 얼마나 다행스러운 일인지 모르겠다. 하지만 애초에 막을 수 있었던 문제를 정부의 미숙한 대응으로 국가적 위기 상황에 이르게까지 한 이번 사태를 놓고 긴장된 심장박동을 차분히 가라앉히기에는 여전히 참담한 심정을 지울 수 없다. 혹자는 메르스 사태의 책임이 전적으로 의료진에게 있다고 한다. 이들의 주장을 살펴보면, 의료진이 메르스 초기 환자를 확진하지 못하고 방치했다는 점, 질병관리본부의 핵심 인적 구성이 의사라는 점 등을 그 이유로 들고 있다. 그러나 이는 황당한 이야기일 뿐이다.

메르스와 같은 감염병에 대한 정보를 모든 의료기관에 신속하게 공유했어야 할 중앙 컨트롤 타워는 오히려 의료진들의 귀를 막았고, 국가 방역 시스템은 전문가들이 소신껏 감염병에 대응할 수 있도록 하기는커녕 오히려 의료진의 입을 막고 행동을 제약했다. 2년이 채 안 되는 기간 동안 우리나라는 두 번의 대형 침몰사고를 겪었다. 이번 메르스 사태 동안, 침몰하는 세월호에는 전국민이 탑승하고 있었다. 더 이상의 희생은 없어야 한다. 더 이상의 눈물은 없어야 한다. 국민의 한사람으로서, 두 번의 대형 사고를 경험으로 대한민국 정부는 구태를 벗고 겸허한 자세로 배우고 느끼고 변해야 한다고 생각한다.

첫째, 정부는 의료 전문영역인 의료계와 공조를 통해 위기관리 소통체계를 구축해야 할 것이다. 재난 상황 시 위기관리소통 전담 부서가 실질적인 컨트롤 타워의 역할을 수행할 수 있도록 관련 규정의 제정이 뒷받침되어야 한다. 이를 통해 위기 상황 시 일선 의료진에게는 신종감염병의 정보와 지침 등을 신속하게 전달하고 소통하여 의료 단체와 방역 당국 간의 감염병 정보공유 체계를 구축함으로써, 향후 위기 상황에서의 대응 역량이 강화될 것이다.

둘째, 보건의료정책 집행의 전문화와 역량강화를 위해 이른바 '보건부'를 이번 기회에 신설하여 독립 기관으로 자리매김하도록 해야 한다. 보건복지부 예산의 80% 이상이 복지 분야에 편중돼 있고, 장, 차관을 비롯한 핵심 보직 인력은 보건 전문가를 배제하고 있는 것이 기막힌(?) 현실이다.

이번 메르스 사태는 비전문가로 구성된 보건복지부가 감염병 위험에 얼마나 취약한지를 여실히 보여주었다. 단일한 대응과 컨트롤 타워의 부재로 혼선이 빚어지는 사이, 수많은 사람들은 불안 속에 고통을 겪었다. 지금과 같은 체계에서는 제2, 제3의 메르스와 같은 바이러스가 언제든지 우리를 숙주로 삼을 수 있음을 인지해야 한다.

셋째, 의료기관의 감염병 예방관리를 위한 정부 지원을 강화해야 한다. 감염병 발생 확률이 극히 낮다고 하여, 국가에서 민간 의료기관에게만 감염병 예방을 위임해서는 안 된다. 감염병은 발생확률이 낮다고 해도 경우에 따라서는 그 피해와 파장을 가늠하기 어려울 수 있다.

또 다른 재난을 막기 위한 포석은 선진화된 예방시스템을 구축하는 것이다. 일선 의료기관의 감염 관리 인력과 확충에 필요한 지원을 비롯하여 각 지자체별 격리시설 확충에 따른 지원, 최신 감염 보호장비의 비축, 감염병 관리 전문인력 육성 및 배치, 감염병 전문 병원 설립 등 종합적인 예방관리 대책이 수립되어야 하고 이에 대한 정부 지원이 있어야 하는 것이다.

우리나라 보건복지 정책에서 보건의료가 후순위로

밀려 있는 여러 가지 원인 중 하나는 '보건의료 선진화 방안'이라는 현실적이지 못한 KDI 연구물이 우리나라 주요 보건의료정책 방향의 키를 잡고 있기 때문이라고 해당 전문가들은 입을 모으고 있다. 이는 산업 논리, 경제 논리에 의한 원격의료, 의료영리화에 이르기까지 수많은 잘못된 의료정책을 양산하여 소모적인 논란을 초래해왔으며, 오히려 보건의료 선진화의 발목을 잡고 있는 악순환으로 이어지고 있다. 언제까지 비전문가에 의한 관치의료를 바라볼 것이며, 책임을 떠 넘기에만 급급한 탁상행정을 관망하고 있어야 하는지 보건의료 현실이 안타깝기만 하다.

안이한 판단과 생각이 어떠한 참혹한 사태로 이어질 수 있는지, 또 미숙한 초기대응이 얼마나 많은 이들에게 눈물과 고통을 안겨다 줄 수 있는지 그동안 우리는 충분히 겪어서 잘 알고 있다.

소를 잃고 외양간마저 고치지 않으면, 또 다른 소를 잃게 된다. 상처가 채 가시지 않은 두 번의 침몰 끝에, 대한민국 정부는 교훈을 얻어 국민 생명과 안전을 지키기 위한 실질적 변화를 이뤄내야만 한다. ■

[시론/조선일보/2015.06.06]

정부는 메르스 정보 공개하고 국민과 소통해야

최 재 욱

의료정책연구소 소장
고려대 의대 예방의학 교수



지난 10여년간 우리는 사스(SARS), 광우병, 신종플루, 구제역 등 국가 재난 수준의 감염성 질환들을 경험했다. 이 과정을 통해 신종 전염병 차단과 재난 관리에 대한 수많은 논의가 있었음에도 불구하고 메르스 사태를 보면 여전히 초동 대응 부실과 무기력한 모습이다. 그 경험으로부터 얻은 교훈은 어디로 갔단 말인가.

최근 청와대는 메르스 대책 회의를 가졌다. 여기서 박근혜 대통령은 메르스 관련 정보를 즉시 투명하게 공개해야 한다고 했다. 그럼에도 메르스 환자 발생 기관과 병원을 공개하라는 많은 국민의 요청을 보건 당국은 마다하고 있다. 의사협회와 병원협회도 메르스 관련 의료 기관 공개 필요성을 요구했지만 보건 당국은 여전히 주저하고 있다.

이런 태도는 광우병 사태에서 정부가 보여준 위기관리 소통 부족을 연상시킨다. 정부에 대한 신뢰가 무너지고 유언비어가 난무했던 실패 상황이 지금과 무엇이 다른가. 전염병 비상사태 대응에 있어서 가장 중요한 것은 소통이다. 국민이 정부와 전문가들의 말을 믿고 따라야 난국을 헤쳐 갈 수 있는데 정부는 여전히 폐쇄적이고 비밀주의적인 방식을 답습하고 있다.

국민이 알고 싶어 하는 것을 정확하게 전달하고, 국민에게 이해를 구해야 할 것은 솔직하게 부탁하는 것에서부터 전염병 위기관리 소통은 시작한다. 근거 없는 낙관론이나 “국민 여러분, 안심해도 됩니다” 식의 메시지는 오히려 공포와 불신을 초래한다. 미국에서 지난 에볼라 출혈열 위기 당시 질병관리통제센터(CDC)가 미국 내로 들어온 환자 발생 과정과 의료기관, 결과 등 모든 정보를 투명하게 공개한 것도 그런 근거에 바탕을 둔 것이었다.

메르스 같은 신종 감염병 위기 대응에서 가장 중요한 것은 ‘공포 관리’다. 이와 관련, 미국 질병통제센터가 제안한 다음과 같은 보건 위기관리 소통 원칙을 강조하고 싶다. 첫째는 국민을 지나치게 안심시키려 하지 말라는 거다. 대외 발표 문장 구성은 세심하게 작성하고 특히 리스크(위험)의 비교에 주의하라고 했다. 불확실성을 솔직하게 인정하면서 국민에게 해야 할 일을 제시하라고 했다. 공포감을 억지로 누그러뜨리려 노력하지 말고 사람들의 공포를 인정하라고 했다. 국민의 공포는 ‘불확실성’, 즉 정보의 부재에서 온다. 불확실성을 인정하고 반면 알려야 할 것은 정확하게 제시하라는 미국 보건 당국의 방침은 현재 우리나라가 처한 문제점을 정확하게 지적하는 듯하다.

환자들은 지금 주요 대학병원과 의료기관의 정상적인 진료까지 기피하고 있다. 정작 진료를 받아야만 하는 환자들에게 절대 있어서는 안 될 일이다. 메르스 환자를 치료하거나 의심 환자를 돌보는 의료기관은 현재 정상 진료 중이며 최선의 진료를 하고 있다. 병원은 보건 당국의 비밀주의적 비공개로 되레 피해를 보고 있고, 그 몫은 국민에게 돌아간다.

이제라도 정부와 보건 당국은 국민에게 올바른 정보를 제공하고, 불안감을 하나하나 지워야 할 것이다. ‘감염병 예방 및 관리에 관한 법률 6조 2항’은 “국민은 감염병 발생 상황, 감염병 예방 및 관리 등에 관한 정보와 대응 방법을 알 권리가 있다”고 명시하고 있다. 두말할 것 없다. 메르스 사태와 관련해 이 법대로만 하면 된다. ■

사 설

[중앙일보/2015.05.29.]

질병관리본부의 허술한 대응이 메르스 공포 키웠다

중동호흡기증후군(MERS·메르스) 공포가 확산되고 있다. 첫 환자가 발견된 지 일주일여 만에 환자 수가 8명으로 늘어난 것도 그렇지만 허술하기 짝이 없는 질병관리체계에 공포가 더욱 커지고 있다. 그동안 발병한 환자는 첫 환자의 가족과 같은 병실을 사용한 환자, 의사 등 밀접하게 접촉한 사람들이었다. 그러나 28일 첫 메르스 환자와 10m 떨어진 1인실에 입원했던 환자가 메르스 판정을 받았다. 이번 사례로 공기 중 감염을 부정하는 보건당국과 달리 공기 중 감염 혹은 3차 감염을 우려하는 의구심은 커지고 있다.

보건당국의 사후 관리는 구멍이 뽕 뚫렸다. 셋째로 메르스 확산을 받았던 환자의 아들은 고열 증세로 병원에 다녀온 뒤 중국 출장을 떠났다. 그는 아버지를 문병했음에도 불구하고 격리대상으로 분류되지도 않았다. 고열

증세에 보건소에 전화로 알렸지만 보건소 측은 대학병원에 가보라고 말한 뒤 보건당국에 보고조차 하지 않았다고 한다. 또 그를 처치한 대학병원 응급실에서도 담당 의사가 곧바로 신고하지 않고 환자가 출장을 떠난 다음 날 보고했다는 것이다. 신고의무자들조차 제대로 신고하지 않음으로써 그와 접촉했던 직장 동료, 비행기 승객, 병원 의료진 등 격리대상자들이 계속 확대되고 있다.

메르스는 치사율이 40%가 넘지만 예방 백신과 치료제도 없는 질병이다. 그럼에도 보건당국은 처음부터 “전염성이 낮다”며 허술하게 대처했다. 심지어 확진 환자의 딸은 스스로 격리 검사를 요청했지만 보건당국이 검사를 거절했고, 나흘 후에야 확진 판정을 하는 등 질병을 대하는 태도는 무성의했다. 전문가들은 “꼼꼼히 역학조사만 했으면 이렇게까지 될 일이 아니었는데, 허술한 관리와 늦은 신고가 겹치면서 위험이 커졌다”고 말한다. 보건당국은 위험지역 여행자들의 자발적 신고가 중요하다고 강조한다. 신고하면 제대로 처리하는 시스템도 중요하다. 특히 신종 전염병은 변종 등장 속도도 빠르고 예측 불가하다는 점에서 보건당국은 모든 질병에 긴장감을 늦추지 말아야 한다. ■

[한국일보/2015.06.03.]

메르스 발생 병원, 지역정보 등 이제는 공개해야

중동호흡기증후군(메르스) 사망자가 발생하고 3차 감염마저 확산되면서 사회 전반에 ‘공포의 연쇄반응’이 나타나고 있다. 전국에서 200개 학교가 휴업에 들어갔고 다중이용시설을 찾는 이들의 발길도 줄고 있다. 특히 메르스 환자가 발생한 지역과 병원 등 확인되지 않은 정보가 사회관계망서비스(SNS)를 통해 급속하게 퍼져 나가면서 불안감이 끝도 없이 확산되는 양상이다.

이런 가운데 감염자 발생 지역과 환자가 머문 병원 이름을 공개하라는 목소리가 높아지고 있다. 그러나 정부는 ‘공개 불가’ 원칙을 고수하고 있다. 보건복지부는 “이름을 공개할 경우 해당 의료기관에 입원한 환자나

이용자들이 불필요하게 오해를 받거나 과도한 불안감이 조성될 것”이라는 이유를 들고 있다. 지금 같은 상황에서 병원 실명이 공개되면 환자들의 진료거부와 퇴원 등으로 이어져 혼란이 가중될 거라는 보건당국의 주장이 일리가 없는 것은 아니다. 당연히 병원들도 이런 시각에 공감하는 분위기다. 메르스가 초기 단계이고 정부가 사태를 장악하고 있는 상황이었다면 이런 주장이 호응을 얻을 수 있을지 모른다.

하지만 지금은 그 단계를 넘어서 상황이다. 이미 환자와 접촉한 사람이 많고 전염력이 높은 것으로 확인된 이상 ‘비밀주의’방식은 더 이상 효과를 기대하기 어렵다. 오히려 잘못된 정보가 퍼지면서 괴담을 낳고 그 것이 더 큰 불안과 혼란으로 이어지고 있는 게 현실이다. 메르스가 병원 밖을 벗어나 지역사회 감염 가능성이 적기 때문에 공개할 필요성이 없다는 정부의 주장도 여태껏 잘못 대처해온 보건당국의 행태를 보면 믿음이 가지 않는다.

지난해 유사한 상황을 경험한 미국은 초기에 대부분의 정보를 공개하면서 신속히 사태를 수습했다. 지난해 9월 미국 질병통제예방센터는 첫 예불과 환자가 발생하자 병원과 환자 이름, 주거지 등을 알린 뒤 곧바로 주변인들을 격리시켰다. 미 보건당국은 지난해 5월 메르스 환자가 발생했을 때도 환자의 동선과 진료병원, 치료 경과 등 모든 정보를 신속하게 공개했다. 한국인 메르스 감염자의 입국으로 곤욕을 치른 홍콩은 한국 정부로부터 발병 병원 명단을 받아 자국민에 공개하는 방안을 검토한다고 하는 마당이다.

현 상황은 보건당국뿐 아니라 국민과 지역사회가 함께 적극적으로 대처해야 할 위중한 단계에 와있다. 그러려면 무엇보다 관련 정보가 신속히 공개돼야 한다. 한 여론조사에서도 국민의 82.6%가 발생 병원과 지역을 공개해야 한다고 응답했다. 여야도 어제 한 목소리로 발생 지역과 병원 공개를 촉구했다. 보건당국은 공개 불가 원칙을 끌어안고 있을 게 아니라 정보 공개 이후 예상되는 해당 병원이나 환자의 피해를 최소화할 방안을 찾는 게 현명하다. ■

[중앙일보/2015.06.17.]

메르스 의료진 왕따시키는 나쁜 사회

많은 의료진이 메르스를 막기 위해 사투를 벌이는 와중에 일부 학교에서 의료인 자녀를 ‘왕따’시키는 몰상식한 행위가 발생하고 있다. 서울 양천구의 한 중학교는 최근 이대목동병원에서 근무하는 의료인 자녀 10여 명을 귀가 조치했다. 이 병원에서 메르스 환자가 치료 중이라는 사실이 공개되면서다. 지난 14일 정재근 행정자치부 차관이 메르스 환자가 발생한 대전 대청병원을 방문한 자리에서 한 병원 직원은 “자녀들이 학교에서 따돌림당한다”고 호소했다고 한다. 대한의사협회가 보건복지부·교육부 등에 공문을 보내 이 같은 사례가 재발되지 않도록 해달라고 요청했을 정도다.

메르스가 주로 병원 감염으로 전파돼 병원이 가장 위험 지역인 것은 사실이다. 하지만 메르스를 차단하고 치료하는 곳 역시 병원이다. 메르스 방역전쟁의 최전방에 있는 진료·치료 병원의 의료진이 무너지면 국민들은 더 큰 위험에 빠진다. 그러잖아도 메르스 의료진은 사태가 길어지면서 피로가 누적되고 있다. 이들을 응원하지는 못할망정 메르스 낙인을 찍고 왕따시키는 것은 의료진의 사기마저 꺾는 일이다.

메르스 왕따 현상을 그대로 두면 발병자들이 질병을 숨기는 게 만연할 수 있다. 강남세브란스병원에서 격리 치료를 거부하고 뛰쳐나온 141번 환자 같은 사례가 또 생길 수 있다는 얘기다. 이렇게 되면 방역당국이 메르스를 통제하기가 더욱 어렵게 된다.

메르스 환자 발생으로 마을이 통째로 봉쇄된 전북 순창군 장덕마을은 특산물인 블루베리 구매 예약이 대량 취소되고 관광객이 끊겼다고 한다. 순창군은 선제적 방역조치로 마을을 봉쇄했는데 사람들은 메르스와 아무 상관없는 특산물마저 사지 않는 것이다.

우리 스스로 메르스에 대해 지나친 공포를 갖고 과잉 대응하면서 해외 관광객들에게 한국을 방문하라고 할 수 있을까. 심리학자들은 메르스 왕따 현상에 대해 정부에 대한 불신에 자기 보호본능이 지나치게 발동하면서 극단적 이기심으로 표출되고 있는 것이라고 분석한다.

메르스보다 더 무서운 상황은 우리 사회에 불신이 전염돼 최소한의 공동체의식마저 실종되는 것이다. ■

[한국일보/2015.06.19.]

메르스 한 달, 더는 시행착오 없이 잘 관리하도록

중동 여행객 A씨가 지난 달 20일 중동호흡기증후군(메르스) 확진 판정을 받으면서 시작된 메르스 사태가 한 달을 맞았다. 방역 당국은 13일 이후 확진 환자가 줄곧 한자리 수에 머물고 있어 이번 주말이 중대한 고비가 될 것으로 예상하고 있다. 새로운 슈퍼전파자가 나오지 않는 것도 일단은 긍정적 신호로 보인다. 하지만 이번 사태 최대의 진원지인 삼성서울병원에서 감염된 환자가 계속 발생하고 있고, 아산충무병원, 강동경희대병원 등에서도 의심환자가 속출, 속단할 단계는 아니다. 최악의 상황은 넘겼다고 하더라도 사태의 장기화는 불가피하다는 쪽이 설득력이 있다.

이번 사태는 전염병 초기 관리 실패가 국가 전반에 얼마나 큰 피해를 가져오는 지를 똑똑히 보여준 사례다. 방역 당국은 한국의 상황에 맞지 않는 중동식 매뉴얼을 맹신한 나머지 감염 확산을 부추겼고, 초일류로 자부했던 삼성서울병원은 허점투성이 환자 관리로 메르스 확산의 숙주라는 비아냥까지 받고 있다. 메르스 확산에 두려움을 느낀 외국인의 방한 취소 사태가 잇따랐고, 중화권 관광객만 12만 명 가량이 한국행을 포기했다. 주민들의 외출 기피 현상이 두드러지면서 여행, 유통, 레저 업계의 매출이 급감, 지난 해 세월호 사건보다 더욱 큰 경제적 손실이 이어지고 있다. 메르스발 통제불능상태로 국가 기강은 무너질 대로 무너졌다. 그야말로 어디서부터 손을 대야 할 지 모를 정도의 국가위기 상황이다.

이런 와중에 자신의 몸을 돌보지 않고 총력대응에 나선 의료 종사자들의 희생정신은 값지다. 그제 방한한 마거릿 쉐 세계보건기구(WHO) 사무총장도 “일선에서 사투를 벌이는 의료진에게 박수를 보낸다”며 말했다. 현재 15%에 육박하는 메르스 사망률을 가능한 한 낮추

는 데 최선을 다해주길 당부한다. 후진적인 의료체계에
도 대대적인 메스를 가해야 한다. 한 병실에 많게는 8명
을 수용하는 현행 시스템으로는 주변 환자에게 감염을
막을 수 없다. 감염병 방지시설과 공공 의료 인프라도
대폭 확충해야 한다. 이른바 ‘의료쇼핑’으로 대변되는
지나친 대형병원 선호사상이나, 불필요한 간병문화도
재점검할 필요가 있다.

메르스 사태가 진정된다고 해도 이번이 끝이 아님을
명심해야 한다. 이런 방역 체계로는 제2, 제3의 전염병
이 발생해도 백전백패할 수 밖에 없다. 최악의 경우를
상정한 꼼꼼한 방역 시스템을 갖추기 위한 구체적인 행
동을 보여야 한다. 오랜 공백 끝에 임기를 시작한 황교
안 총리는 “내가 컨트롤타워가 돼 메르스 종식의 선봉
에 서겠다”는 약속을 엄중하게 새겨야 한다. 위기를 기
회로 바꿀 수 있는 역량을 보여야 할 때다. ■

[매일경제/2015.06.20.]

제2의 메르스에 당하지 않으려면 5가지를 고쳐라

보건복지부는 어제 메르스 신규 확진자 수가 1명에
그쳤다고 밝혔다. 전날 3명, 그 전날 8명에 이어 6일째
신규 확진자 수가 한 자릿수를 이어갔다. 이는 80명이
넘는 환자가 발생한 삼성서울병원에서 환자 수 증가가
주춤한 데 따른 것이다. 그렇다고 정부는 긴장의 끈을
놓아서는 안 된다. 165번 확진 환자가 투석을 받은 강동
경희대병원 투석실 등에서 다수의 추가 감염자가 나올
가능성을 배제할 수 없다. 더욱이 이번 메르스 사태에서
드러난 방역체계의 문제점을 조속히 고치지 않으면 언
제든 제2, 제3의 메르스 사태가 올 수 있다. 한국을 병
원문화 선진국으로 높이려면 최소한 다음 5가지는 고쳐
야 한다.

첫째, 도매기시장 같은 응급실을 확 바꿔야 한다. 삼
성서울병원 응급실은 14번 환자가 사흘간 머물며 메르
스를 퍼뜨릴 수 있었던 충분조건을 갖추고 있었다. 하루
약 200명의 환자가 아무런 격리 없이 병실이 날 때까지

3~4일씩 머물곤 한다. 세계보건기구(WHO) 조사단도
환자와 보호자를 반드시 격리해야 한다고 주문했다. 미
국 캐나다 등 대부분 선진국은 그렇게 하고 있다.

둘째, 병실에 함부로 가족이나 문병객이 오래 머물지
못하게 하고 보조의자도 치워야 한다. 메르스 확진자 중
환자 가족이나 문병객 비중이 36%나 된다. 가족이 직접
환자를 간호하고, 무리 지어 병문안을 오는 잘못된 병실
문화가 낳은 비극이다. 가족이 꼭 간병하겠다고 떼쓰는
후진 문화는 이웃 환자에게도 피해를 주고 감염 범위를
넓힌다. 가족 간병을 배제하면 간호사가 더 많이 필요하
고 의료비도 더 들겠지만 이번에 고쳐나가야 한다.

셋째, 정보를 초기부터 투명하게 공개해야 한다. 정
부는 첫 확진 환자가 발생한 지 18일 만인 지난 7일에
서야 메르스 환자가 경유했거나 발생한 병원 명단을 공
개했다. 그새 메르스 환자들은 전국 병원을 돌며 바이러
스를 확산시켰다. 삼성서울병원이 애초에 평택성모병원
에서 메르스가 발병했다는 사실을 알았다면 이 병원을
거쳐온 14번 환자를 응급실에 방치하지 않았을 것이다.

넷째, 기존에 작성된 매뉴얼에 융통성 없게 매달리는
것은 위험하다. 정부는 ‘2m 이내 1시간 이상 접촉’해야
감염된다고 메르스에 안이하게 대응했다. 전염병은 한
명만 뿔려도 다수에게 전파될 수 있다는 점, 메르스 같
은 신종 전염병은 알려진 바가 너무 적고 알려진 정보
조차 틀릴 수 있다는 점 등을 도외시한 게 화를 키웠다.
삼성서울병원 역시 17일야에 정부가 권장한 D급 방호복
을 의료진에게 지급하는 안이한 대응으로 화를 키웠다.

다섯째, 컨트롤타워를 분명히 해야 한다. 정부는 중
앙메르스관리대책본부를 시작으로 5개의 대응 조직을
구성했으나 어디가 컨트롤타워인지 계속 불명확했다.
19일 황교안 신임 총리가 “내가 컨트롤타워”라고 밝히
고 난 뒤에야 명확해졌다. 방역은 수많은 자원을 동원하
고 각종 이해관계를 조정하는 역할이 필수인데, 그 역할
이 구멍이 나 있었던 것이다. 박근혜 대통령은 우선 메
르스 진압에 총력을 기울이되 사태가 진정되면 이 같은
5가지 제언을 담은 매뉴얼을 만들어 사태 재발을 막을
책임이 있다. ■

[조선일보/2015.07.01.]

메르스 진정세, 의사·간호사들이 진짜 영웅이다

메르스 추가 확진자가 30일까지 사흘째 발생하지 않았다. 퇴원자는 확진자 182명의 절반을 넘는 95명으로 늘었다. 방역 당국과 병원들이 초기 대응을 제대로 하지 못해 병원 내 감염을 일으키는 바람에 메르스 사태를 악화시켰지만, 이대로 가면 돌발 상황이 없는 한 메르스 사태는 가라앉을 가능성이 높아졌다.

메르스가 진정 국면에 들기까지는 역시 현장의 의사와 간호사들이 가장 큰 공(功)을 세웠다. 경기도 고양시 명지병원의 경우 정부로부터 메르스 환자 5명을 위탁받아 모두 완치해 퇴원시켰다. 일반 환자·보호자 가운데 메르스에 감염된 사례는 한 건도 없고, 환자 치료를 맡은 의사·간호사 등 의료진 20여명 중에도 감염된 사람이 없다.

이 병원은 작년 5월 메르스가 사우디에서 유행하자 즉시 대응팀을 구성한 뒤 11월 말까지 6개월 동안 회의와 모의 훈련을 반복했다. 의료진이 방호복을 입고 벗는 훈련까지 했다. 명지병원은 정부가 시킨 것도 아닌데 자체적으로 모의 훈련까지 실시해 이번에 환자 5명을 완치시킬 수 있었다.

환자 5명이 발생한 강동경희대병원에는 지금 전국에서 인공 투석 전문 간호사 23명이 자발적으로 찾아와 감염 위험을 무릅쓰고 인공 투석 환자 70여명을 돌보고 있다. 이들은 인공 투석 전문 간호사를 급히 찾았다는 보건 당국의 공문을 보고 이 병원 근무를 자원했다. 인공 투석 간호사 업무는 고참 간호사들 가운데 1년간 별도의 교육을 받아야 맡을 수 있다.

이들이 환자의 혈액 투석을 돕기 위해 방호복을 입으면 땀이 쏟아지고 고글엔 습기가 차 주사를 꽂거나 뽑을 때는 앞이 잘 보이지 않는다고 한다. 하지만 이들은 집에 가지도 못하고 병원 주변 모텔과 고시원에서 숙식을 해결하며 환자를 돌보고 있다.

메르스 사태가 완전히 진정되고 나면 자기 몸을 돌보

지 않고 나선 의사·간호사들에게 어떤 식으로든 우리 사회가 감사 표시를 해야 한다. 그들의 자발적인 헌신이 국가적 위기를 이기는 데 결정적으로 기여했다는 것을 아낌없이 평가해줘야 한다. ■

[동아일보/2015.07.04]

메르스와 싸운 의사 간호사 홀대하면 누가 나서겠나

메르스 사태로 매출이 줄어든 일부 병원이 직원들로부터 ‘임금 반납 동의서’를 받은 것으로 밝혀졌다. 임금의 20%를 반납하라고 요구한 병원도 있다고 한다. 병원 측은 “직원들의 자발적인 행동”이라고 주장했으나 “싫으면 사표 쓰라”는 압박이 있었다는 증언이 나온다. 메르스 환자가 발생했거나 치료 중인 병원들의 매출은 최대 70% 줄었다. 이 때문에 의료업계에서는 앞으로 더 많은 병의원들이 임금을 깎거나 임금을 아예 못 주는 사태가 속출할 것으로 보고 있다.

정부는 어제 메르스 사태와 가뭄을 극복하고 침체된 경기를 살리기 위해 추가경정예산(추경) 11조8000억 원을 포함해 총 22조 원을 풀겠다는 계획을 국무회의에서 의결했다. 메르스 대응 및 피해 업종 지원에 2조5000억 원을 편성했지만 보건 의료 분야는 9000억 원 정도다. 메르스 치료 병원으로 지정돼 폐쇄하거나 휴원하는 등 직접 피해를 본 병의원들에 1000억 원, 방호복과 의약품 구입 등에 1000억 원, 거점 의료기관에 음압격리병상 등 시설 확충에 1450억 원을 지원하기로 했다. 매출 감소 등 간접 피해를 본 의료기관에는 5000억 원을 저금리로 대출해 줄 예정이다.

정부는 메르스로 타격을 입은 공연업계를 위해 관람객들이 공연 티켓 1장을 사면 1장을 더 주는 사업에 추경 300억 원을 투입하기로 했다. 이에 비하면 메르스와 싸우다 타격을 입은 보건 의료계에 대한 지원은 너무 부실하다. 박상근 대한병원협회장은 “협회가 자체 파악한 병의원들의 손실액이 4000억 원을 넘는다”며 “정부가 특단의 보상 조치를 해줘야 한다”고 강조했다.

메르스 사태가 잦아든 데는 공포를 무릅쓰고 헌신한 의료진의 공이 크다. 메르스 확진자 184명 가운데 의사와 간호사가 38명으로 20.6%에 이른다. 감염병이 계속 유입될 수 있는 글로벌 시대에 의료인들에게 일방적 희생만 요구해서는 국민 건강을 보장할 수 없다. 정부는 메르스 피해를 본 병원과 의료진에 대해 제대로 보상하고, 전염병으로부터 국민을 보호할 시스템을 보완해야 한다. ■

[중앙일보/2015.07.20.]

중착역 다가선 메르스 ... 재발 막을 근본 대책 짜야

중동호흡기증후군(MERS·메르스) 신규 확진자가 14일째 나오지 않고 있다. 추가 사망자도 8일째 나오지 않고 있다. 20일을 기해 삼성서울병원이 부분 폐쇄에서 풀린다. 모든 상황이 안정 국면에 접어들었다. 이대로 가면 다음달 하순에 메르스 종식 선언이 나오게 된다. 메르스는 수조원의 손실을 초래했고 36명의 목숨을 앗아갔다. 방역 시스템, 후진적 의료 체계 등의 문제점을 적나라하게 드러냈다. 이번엔 이런 걸 제대로 손보지 않으면 제2의 메르스를 피하기 힘들 것이다.

그런데도 후속 대책이 영 미덥지 못하다. 책임선상에 있는 보건복지부가 키를 쥐고 방역 체계 개선책을 만들고 있다는데, 들리는 얘기를 종합하면 지금과 크게 다를 바 없는 모양이다. 질병관리본부를 그대로 둔 채 일부 조직을 늘리고 질병관리본부장을 1급으로 존속시키려는 것 같다. 다른 한편에서는 청와대가 복지부에 복수차관을 두는 안을 검토하고 있다는 얘기도 들린다. 복지부의 짜깁기 대책보다는 청와대 움직임이 더 나은 듯하지만 오십보백보처럼 보인다.

이런 상황을 참다못한 전문가들이 19일 성명을 냈다. 대한예방의학회와 한국역학회는 “보건복지부는 기존 질병관리본부에 위기대응센터 하나 신설하는 것으로 메르스 후속 대책을 마무리하려 하고 있다. 이 같은 미봉책으로는 미래의 전염병 위협으로부터 국민의 건강과 생

명을 보호할 수 없다”고 지적했다. 질병관리본부를 질병관리청으로 격상해 독립적·전문적인 질병관리조직으로 바꾸자고 제안한다. 행정관료들의 통제를 받는 수동적인 질병관리본부로는 전문성을 발휘하기 어렵다는 지적이다.

새누리당과 청와대는 차제에 보건복지부 개편 등 좀 더 큰 그림을 그렸으면 한다. 연관성이 별로 없는 복지와 보건이 둘 다 너무 덩치가 커져 버렸다. 보건을 떼내 학생·근로자·환경·지역 사회 보건을 총괄하는 보건부 설립이 필요하다. 일선 보건소도 여기에 넣어 손발이 되게 해야 한다. 복지부는 저소득층 복지와 고용노동부의 일자리 복지를 합쳐 선진국형 복지로 가는 편이 좋다. 당·정·청은 전문가들의 지적에 귀를 더 열고, 멀리 길게 봐야 한다. ■

[한국일보/2015.07.28.]

메르스 마침내 끝, 지난 과정 처절한 교훈 삼아야

정부가 메르스(중동호흡기증후군) 사태의 종식을 사실상 선언했다. 황교안 국무총리는 28일 “집중관리병원 15개 모두 관리 해제됐고, 23일 동안 새 환자가 없었으며, 격리지가 모두 해제된 종합적 상황을 고려할 때 안심해도 좋다는 게 의료계와 정부의 판단”이라고 밝혔다. 아직 환자 1명이 양성반응을 보이고 있어 세계보건기구(WHO) 기준으로는 다음달 말이나 최종 종식 선언이 가능할 것으로 보이나 유행 가능성은 사라졌다는 게 의료계의 진단이다. 이로써 지난 5월 20일 첫 확진 환자가 나온 이후 온 나라를 뒤흔든 메르스 사태는 69일 만에 막을 내린 셈이다.

피해는 엄청났다. 감염자 186명 중 36명이 사망했고, 누적 격리 인원이 1만6,700여명에 달했다. 인적 피해도 컸지만 감염 공포에 따른 심리적 공황상태의 확산으로 국민의 일상생활이 마비되는 지경에까지 이르렀다. 학교와 유치원 수천 곳이 문을 닫았고, 실물경제는 얼어붙었다. 경제 피해액이 10조원대에 달하고, 2분기 국내총

생산(GDP) 성장률도 0.2% 포인트 떨어졌다고 한다. 공공 안전의식과 생활인의 양식마저 저버린 일부 감염자 및 자가 격리자의 일탈행위에서는 우리사회의 시민 의식 수준을 확인하기도 했다.

메르스 사태가 이렇게까지 커진 데서는 초기대응에서 당국이 드러낸 총체적 난맥상을 우선 지적하지 않을 수 없다. 공세적으로 상황을 장악해야 할 당국은 안이한 인식과 뒷북대응으로 일관하다가 사태가 걷잡을 수 없이 번지고서야 컨트롤타워를 구성한다느니, 환자발생 병원을 공개한다느니 법석을 떨었다. 메르스의 감염력을 과소평가해 애초에 격리범위를 좁게 잡았고, 첫 환자의 확진 판정을 지연시키는 등의 구체적 오판 사례는 셀 수 없을 정도다. 대표적 종합 대형병원인 삼성서울병원이 당국의 눈치보거나 오프 논란을 부르며 메르스 확산의 주범으로 전락한 과정도 밝혀져야 할 과제다.

관계당국의 책임규명과 이에 따른 인적 쇄신은 마땅히 뒤따라야 하지만, 무엇보다 시급한 것은 국가방역체계를 대대적으로 개편해 유사사태의 재발을 막는 것이다. 문제의 원인과 처방은 이미 거의 다 나와 있다. 일부 가족 간 감염을 제외하고 사실상 병원이 메르스의 ‘숙주’ 역할을 했다는 점에서 병원 이용 관행을 뜯어고치는 게 급하다. 여러 병원을 전전하는 ‘닥터 쇼핑’, 상급병원 쏠림 현상, 가족이나 간병인이 좁은 병실에서 병수발을 하는 후진적 병원문화를 쇄신할 의료체계 개편이 절실하다. 감염병 전문병원을 지정하고 대형 격리병원을 설립해 세계 곳곳에서 속출하는 전염성 높은 병원체에 상시적으로 대응할 체계도 갖춰야 한다.

문형표 보건복지부 장관은 질병관리본부의 독립과 본부장의 차관급 격상 등의 정부조직체계 개편 필요성을 언급했다. 예산·인사권 없이 기형적 인력구조로 운영되는 현 상태로는 체계적 방역이 어렵다는 것이다. 일리가 없는 것은 아니지만, 지금은 조직확대 이전에 메르스 사태의 전 과정을 냉철하게 되짚고, 이를 토대로 한 부를 도려내려는 노력이 급하다. ■

[중앙일보/2015.08.19]

메르스 종식 선언도 안했는데 벌써부터 나사 풀렸나

중동호흡기증후군(MERS·메르스) 확산 사태의 재발을 막을 정부의 의료시스템 개혁작업이 영 미덥지 못하다. 보건복지부가 18일 공청회에서 밝힌 개편안에 따르면 방역을 맡은 질병관리본부(이하 질본)를 차관급 조직으로 격상하고, 자율적인 인사·예산권을 부여할 방침이다. 복지부는 이번 개편안대로 하면 미국 질병통제센터(CDC)처럼 전문가 권한이 강화돼 지금처럼 질본이 복지부 등의 눈치를 보지 않게 될 것이라고 주장한다.

하지만 이번 개편안을 꼼꼼히 살펴보면 복지부의 조직 이기주의에서 크게 벗어나지 못한 것으로 평가할 수 밖에 없다. 질본을 복지부 산하에서 독립시킬 수 없다는 입장을 분명히 했기 때문이다. 조직 자체를 복지부 산하에 계속 둔다면 인사·예산권을 독자적으로 행사하기가 쉽지 않은 것이 자명한 사실이다. 사실 방역체계 개혁의 핵심은 질본 혁신에 달렸다고 해도 지나친 말이 아니다. 그동안 전문가들은 인재를 불러모으고 장기 근무하게 하면서 전문성을 키우려면 질본을 질병관리청이나 질병관리처로 독립시켜 독자적인 인사와 예산권을 부여해야 한다고 주장해 왔다. 그런데 독립에 반대하며 머물쩍 넘어가려고 하는 것은 미봉책일 수밖에 없다.

그래도 메르스 확산에 원인을 제공했던 응급실 과밀화 방지대책을 내놓은 것은 평가할 만하다. 다만 야간에 응급실 대신 갈 수 있는 의료기관을 늘리지 않고 응급실 문턱만 높이면 환자 접근성을 떨어뜨린다는 지적에는 귀를 기울여야 한다. 정부는 제2의 메르스 사태를 막기 위해 전염병 대책만을 위한 국소적인 개편보다 의료전달체계의 근본적인 개혁에 눈을 돌려야 한다. 전염병 확산 같은 후진적인 의료사고를 방지하려면 결국 보건행정의 전문성 강화와 의료 선진화가 최적인 처방이기 때문이다. 이를 위해 보건복지부를 복지부와 보건부로 분리해 전문성을 높이는 방안도 적극 검토해야 한다.

제2의 메르스 사태를 막기 위한 민간의 협조도 절실하다. 병원 감염에 무방비인 병문안, 가족간병, 응급실 출입 등 세계보건기구(WHO)가 지적했던 의료문화의 문제점이 다시 고개를 들고 있어서다. 아직 메르스 사태가 공식 종료되지 않았는데도 면회객들이 입원실을 마음대로 들락거리고 병실에 꽃과 음식이 무절제하게 배달되고 있다. 메르스가 한창이던 지난 6~7월 문병객은 물론 출입자까지 통제하던 병원의 방역체계가 느슨해진 것이다.

황교안 국무총리가 지난달 28일 사실상의 메르스 종식 선언을 한 뒤로 사회의 방역 기강이 해이해졌다고 볼 수밖에 없다. 방역수칙 준수는 전염병이 기승을 부릴 때뿐 아니라 평상시에 더욱 필요하다. 그래야 후진형 전염병의 재발을 방지할 수 있다. 병원은 면회시간을 합리적으로 조정해 꼭 필요한 소수의 인원에게만 허락하도록 규정을 바로잡아야 한다. 환자 가족은 이를 따라야 한다. 우리 모두의 건강과 안전을 위해서다. 이대로 방치하면 제2, 제3의 메르스 사태를 막을 수 없을 것이다.

[중앙일보/2015.09.02.]

이런 대책으로 메르스 사태 재발 막을 수 있다

정부가 1일 중동호흡기증후군(MERS·메르스) 후속 대책을 발표했다. 질병관리본부장을 차관급으로 격상시켜 감염병 발생 때 중앙 지휘통제권을 갖도록 하는 것이 골자다. 메르스 사태 때 방역을 지휘하는 컨트롤 타워가 없어 피해가 커졌다는 지적을 수용한 것이다. 정부는 또 300병상 이상 종합병원은 음압병실 설치를 의무화하고, 역학조사관을 매년 20명 이상 뽑기로 했다.

하지만 이번에 내놓은 메르스 대책은 근본적인 개선책이 빠져 있는 ‘반쪽짜리’다. 우선 질병관리본부장만 차관급으로 올린다고 힘이 실리기 어렵다. 본부장에게 최대한 인사·예산권을 준다고 하지만 명문화되지 않아 지켜진다는 보장이 없다. 감염병을 막는 데는 검역, 역학조사, 격리, 치료는 물론 다른 행정부처·지방자치단체와 조율하는 능력도 중요하다. 이번 메르스 사태 때

질병관리본부장은 아무런 존재감을 발휘하지 못했다. 차관으로 격상시킨다고 강력한 리더십을 기대하기 어렵다는 얘기다. 질병관리본부를 보건복지부 산하에 그대로 두더라도 보건 분야를 담당하는 복수차관제를 도입하는 방안을 적극적으로 검토했어야 했다. 대한의사회 등 의료계는 메르스 사태 대응이 실패한 원인으로 보건복지부의 복지 편향성 문제를 지적한 바 있다. 보건복지부의 올해 예산 53조4000억원 중 보건의료 예산은 4%(2조2793억원)에 불과하다. 이런 상황에서 방역·병원감염 관리 등 공공의료에 대한 투자가 제대로 이뤄질 수 없다. 중증급성호흡기증후군(SARS·사스) 사태 때도 정부는 음압병실을 대폭 늘린다고 발표했으나 예산 뒷받침이 안 돼 흐지부지됐다.

정부는 이번에 대형 종합병원의 음압병실 설치를 의무화했지만 적자 보전 등 지원대책은 눈에 띄지 않는다. 감염병 확산의 원인이 된 병원 응급실·중환자실·다인(多人)입원실의 열악한 환경을 바꾸기 위한 근본적인 개선책도 안 보인다. 대형병원 응급실은 이미 포화상태다. 상위 20개 병원의 병상 대비 환자수인 과밀화지수는 131에 달한다. 응급실의 하루 입원 건강보험수가는 5만 4840원으로 5인 입원실 수가(7만1290원)보다 낮다. 중환자실 하루 입원료도 14만원으로 미국(160만원)은 물론 우리와 의료체계가 비슷한 일본(117만원)보다 터무니없이 적다. 낮은 의료수가를 유지하려다 보니 전국 대학병원 병실 중 5~6인실 비중이 40%를 넘는다. 이런 ‘도폐기시장’ 같은 병원 환경을 방지하다 보니 병을 고치는 병원이 오히려 병을 퍼뜨리는 온상이 되는 것이다.

정부는 6인실을 4인실 위주로 바꾸고, 응급실 내 감염병 환자의 선별 진료를 의무화하는 등 개선책을 내놓은 게 고작이다. 최대 18인실까지 운영하는 요양병원·중소병원에 대한 대책은 전혀 없다. 11년 동안 지지부진한 국립중앙의료원의 원지동 이전 건립도 시급히 해결해야 할 문제다. 이 정도 대책으로는 또 다른 감염병 확산을 막기 어렵다. 감염병에 취약한 우리 의료 시스템에 대한 근본적이고 대대적인 수술이 필요하다. ■



지상중계

메르스 사태에서 무엇을 배울 것인가?

- 공중보건 위기대응체계의 진단과 해법 -

일시 : 2015년 6월 25일(목) 16:00

장소 : 대한의사협회 3층 회의실

주최 : 대한의사협회 의료정책연구소

- | | |
|--------|--|
| 좌 장 | 이원철 (대한의사협회 부회장, 대한의학회 부회장) |
| 주제발표 1 | I. 감염병 위기대응체계 개선
기모란 (대한예방의학회 메르스위원장)
천병철 (고려대학교 의과대학 교수) |
| 주제발표 2 | II. 병원감염관리체계 개선
이재갑 (대한의사협회 신종감염병대응TFT위원장)
김 윤 (대한의학회 기획조정이사) |
| 주제발표 3 | III. 대규모 감염병 발생시의 의료체계
박근태 (대한개원내과의사회 총무이사)
김태형 (대한의료관련감염관리학회 학술이사)
박찬병 (전 천안의료원장)
이강현 (대한응급의학회 이사장) |
| 주제발표 4 | IV. 공중보건 위기관리 대응과 소통체계 구축
최재욱 (대한의사협회 의료정책연구소장) |
| 종합토의 | |

주제발표 1

감염병 위기대응체계 개선

- 초기 단계 역학조사 강화 -

I 기 모 란 대한예방의학회 메르스위원장

1. 한국의 메르스 현황

한국의 메르스 현황은 하루가 다르게 달라지고 있지만, 2014년 6월 23일 기준으로 메르스 확진자는 175명이고, 사망자는 27명이다. 유행곡선을 살펴보면, 증상일 기준으로 첫 번째 환자의 증상이 발생한 것이 5월 11일이었다. 이를 기준으로 첫 번째 유행피크가 5월 30일이었다. 만약 평택성모병원에서 이 시점에서 첫 번째 유행기간을 잘 끝냈으면 좋았겠지만 현실은 삼성서울병원을 위시한 여러 병원에서 3차 간염으로 확산되어 2번째 유행피크가 더 커졌다. 걱정스러운 것은 2번째 유행피크에서 점점 더 줄어들어야 하는데 건대병원 등에서 줄어들지 않고 또다시 새로운 유행 피크가 나올까봐 걱정스럽다.

상관관계표는 2차와 3차, 3차와 4차간염의 연관성을 본 것인데 처음 2차 간염 정도는 쉽게 상관관계를 구분할 수 있지만 차수가 넘어가면 많은 사람들이 중복 노출이 되기 때문에 3차인지 4차인지 구분하기 어려워서 임의적으로 3.5차로 넣

은 사람도 있고, 아직까지 감염경로가 밝혀지지 않아 조사 중인 사람도 있다.

유행 초기 1주일을 되짚어 보면, 인텍스 케이스가 평택성모병원에 입원한 것이 15일~17일이고, 진단이 5월 20일에 이루어졌다. 다음날인 5월 21일 평택성모병원의 방역대상자를 의료진과 같은 병실의 환자와 가족으로만 한정하여 선정하였다. 그리고 28일에 6번째 환자가 확진을 받았는데 이는 1번 환자와 다른 병실에 있던 환자였다. 이로써 첫 번째 방역선을 쳤던 것이 잘못되었다는 것을 깨닫게 되었고, 전면 방역과 관련된 조치들이 수정되기 시작했다. 그리고 29일 평택성모병원이 폐쇄되었다.

일주일간 무슨 일이 벌어졌는지 간단히 요약하면, 5월 22일부터 27일까지 9번, 11번, 14번 환자가 8층 의료진이 격리되면서 평택성모병원 7층으로 이동하면서 평택성모병원 내에서 3차 간염이 벌어졌다. 그리고 14번 환자가 퇴원했다가 평택굿모닝병원으로 갔다가 삼성서울병원으로 가게 되었고, 86명의 환자를 발생시켰다. 16번 환자는

그 사이에 대청병원으로 갔다가 건양대병원으로 이동하였다. 그 사이 26일에는 10번 환자가 사망하게 되었다. 28일에 확진 받은 6번 환자도 21일 날 퇴원했다가 재입원했다가 서울아산병원과 여의도성모병원을 거치게 되면서 2명의 환자가 추가 발생하였다. 약 1주일간의 짧은 사이에 모든 일들이 틀어지고 있었으나 확진 환자 발생이 없었기 때문에 조용히 지나갔던 것이다. 이는 증상시작일과 확진일을 살펴보면 그 이유를 알 수 있다. 파란색 표는 증상시작일로 본 유행곡선이다. 첫 번째 환자가 증상을 나타내고 진단된 것은 20일이다. 이미 평택성모병원 내에서는 증상을 보이는 사람들이 나타나고 있었으나 미처 알지 못했다. 같은 병실에 있던 환자만 진단을 받고 22일부터 25일까지 4일 동안 확진 환자가 발생하지 않았고, 26일에 확진 환자가 나왔는데 이 환자는 의료진과 같은 병실의 환자였다. 이때까지도 잘못된 점을 깨닫지 못했는데 28일일 다른 병실에 있던 환자 중에 6번 환자가 여의도 성모병원에서 확진을 받으면서 확진자가 늘어나기 시작했다. 그러나 이 사람들은 이미 지난 1주일 동안 발생한 환자이다. 즉, 증상 발생과 확진 사이에 1주일 간의 갭이 계속 유지가 되고 있었고, 삼성서울병원에서도 마찬가지로 증상의 피크와 증상의 피크가 달라서 조치가 늦어지게 되었다.

일별 검사건수를 보면, 초반에는 질병관리본부의 국립보건연구원에서 1~2명만 진행해서 양성율이 100%이었다. 그러나 5월 31일 기준으로 민간 센터와 시도 보건환경연구원으로 검사 업무가 넘어가면서 검사건수가 많이 증가하게 되었고, 그에 따라 양성율은 크게 떨어지고 있다.

2. 초기 역학조사 내용

1) 관심단계

관심단계는 국내에 확진 환자가 없지만 외국에서 확진 환자가 발생했을 경우를 말한다. 관심단계에서는 국내에 감염병이 들어올 수 있는 가능성을 대비해서 대응 지침서를 만들고 준비하고 시나리오를 만들게 된다. 실제로 2014년 공중보건위대응사업단에서는 지침서를 발간하고 배포하였으며, 보건기관 대상교육도 실시했다.

2) 질병의심단계

감염병 환자가 실제로 병원에 들어오면 의료진이 감염병 환자인지 알아야 하는데 이는 전적으로 주치의의 능력에 달려 있다. 주치의가 질병관리본부와 국립보건연구원에 검사를 의뢰해서 확진이 되어야 질병관리본부가 감염병을 인지하고 그때부터 역학조사가 시작된다. 이번 메르스의 경우 초기에는 운이 좋았다. 왜냐하면 첫 환자를 놓치지 않고 진단을 잘했기 때문이다. 일반적으로 많은 감염병이 유행이 끝나갈 즈음에 인지하고 역으로 조사를 하다보니 첫 환자가 한 두달전 누구였다고 찾는 경우가 많고 심지어 못 찾는 경우도 많다. 이번에는 첫 환자가 병원에 있고, 증상이 있을 때 진단을 내려서 굉장히 운이 좋은 케이스라고 해서 더 걱정을 하지 않았을 수도 있다. 이미 발단환자를 파악하고 있는 상태였기 때문이다.

3) 주의 단계

발단환자가 확진이 되면 주의 단계로 넘어간다. 이 단계가 되면 질병관리본부에 대책본부가 만들어지고 역학조사관이 역학조사를 수행하게 된다.

질병관리본부의 역학조사과에서 환자 인터뷰, 의료진 인터뷰, 의무기록 확인, 접촉자 인터뷰, 방역대상자 선정을 하고 방역대상자 관리는 해당지역 보건소가 하게 된다. 환자발생 병원관리(병원 폐쇄 등)는 질병관리본부에 권한이 없고 보건복지부에 권한이 있어서 초기단계에 병원 폐쇄 등을 결정하지 못해서 어려움을 겪었다.

4) 초기 역학조사 목적

초기 역학조사의 목적은 2가지로 첫째, 방역 대상을 선정하고 현재 시점에서 추가 감염 확산 방지하는 것과 둘째, 감염 경로를 추적하여 현재 및 미래의 감염 확산을 방지하는 것이다.

5) 역학조사 순서

확진환자를 파악했다면 이 환자가 언제부터 증상을 보였는지 확인해야 한다. 메르스의 경우 증상 발생 이후에 전파가 가능하기 때문에 이 환자가 질병을 전파시켰을 시기를 확인하게 된다. 그 다음으로는 감염 전파 가능 기간 동안 환자의 동선을 파악한다. 환자의 동선에 포함된 주요 의료기관을 방문하여 접촉자를 확인하고, 의료진 격리 및 기관 폐쇄 조치를 신속히 하여 감염 확산 가능성을 막게 된다. 환자의 주요동선 및 질병력을 확인한 후에 환자 직접 인터뷰를 하게 되는데 실제로 이 부분이 쉽지 않은 부분이다. 인터뷰 이후 동선 확인 및 접촉자 리스트를 작성하고 신용카드 내역 조회 동의를 받는다. 그 다음에 환자의 주요 접촉자의 질병력과 증상 여부를 확인하고, 면접을 하게 된다. 그리고 추가 접촉자 여부를 결정하게 된다. 그리고 환경 검체 조사 필요 여부와 시설 점검 필요 여부를 결정하게 된다.

6) 역학조사 실제

역학조사 실재는 굉장히 많은 행정적 업무가 수반되기 때문에 사람보다 공문이 더 많이 필요하게 된다. 환자 동선 파악에 필요한 개인 정보를 해당 의료기관에 요청하는데 의료기관이 공문 없이는 제공하지 않는다. 그래서 질병관리본부에서 공문이 가게 되면 의료기관에서 개인 정보를 제공한다. 환자 개인 정보를 이용해서 심평원에 환자가 그동안 지금까지 이용했던 의료기관 명단이 무엇인지 찾아야 한다. 그렇지만 환자가 약 처방을 안 받고 그냥 갔다가 나왔다면 심평원 기록에 남지 않는다. 그리고 환자의 동선을 파악하기 위해서 휴대폰 위치정보 확인을 하고 있지만 초기에는 사용하지 않았다.

의료기관 명단이 나오면 의료기관 전체에 질병관리본부에서 공문을 보내어 의료진 이동 금지, 공문 접수 이후 진료금지를 요청하고, 필요하다면 환자 의료기록, 환자 방문일자 CCTV 보존, 해당 의료기관 도면, 해당 일자의 근무 의료진, 내원환자와 보호자 리스트를 다 요청하게 된다. 요청 내용도 많고 공문도 많기 때문에 해당 의료기관은 대부분 패닉에 빠지게 된다. 의료기관이 무슨 일이 일어났는지 알게 되면 병원에 있었던 모든 내용들을 다 준비해야 하고 그 순간 의료진이 격리되면 패닉에 빠지게 된다.

그리고 이러한 요청을 한 후에 역학조사관과 시도 보건과 직원이 해당 의료기관에 같이 방문해야 하는데 이는 실제로 매우 어렵다. 하루에 몇 십 명씩 진단이 될 경우에는 역학조사관과 시도 보건과 직원의 수가 많지 않기 때문에 방문하기가 매우 어렵다. 또한 방문 기관이 이미 환자가 있었던 오염지역이기 때문에 감염된 사람이 있을 수

있기 때문에 의료기관 방문시 level D 보호복을 준비해서 역학조사관과 시도 보건과 직원의 감염 예방도 철저히 해야 한다.

7) 역학조사에서 부딪히는 문제

실제로 역학조사를 하게 되면 굉장히 많은 문제에 부딪히게 된다.

첫째, 굉장히 다양한 개인정보를 다루기 때문에 이 정보를 쓸 수 있도록 보호 규정이 필요하다.

둘째, 방역조치를 하게 되면 개인인권이 굉장히 많이 침해가 된다. 조심한다고 해도 외부로 환자의 직업, 가족관계, 질병력 등이 노출된다. 이런 부분에 대해서 어디까지 보호해야 하고 노출해야 하는지에 대한 규정이 필요하다.

셋째, 실제로 환자, 보호자, 의료진, 의료기관 인터뷰를 하게 되면 정확한 정보를 주지 않고, 거짓정보를 주거나 정보 제공을 거부하는 경우가 있어서 심지어 경찰력이 필요한 것이 아닌지에 대해 논의할 정도이다. 예를 들어, 환자의 위치추적을 해서 환자가 어디 있는지 알고 있는데 환자 보호자는 환자가 없다고 말하는 경우도 있고, 환자의 병원기록이 있는데 병원에 가지 않았다고 주장하는 경우도 있다. 또한 의료기관의 의료진의 경우에도 출근 기록이 있는데 근무하지 않았다고 거짓 말을 하는 경우가 있었고, 환자의 경우 병원 방문시 같이 간 보호자와 방문자에 대해 거의 말해주지 않아 찾기가 너무 어려웠다. 이것은 본인의 직장 생활과 관련되기 때문에 그렇다.

넷째, 역학조사를 하다보면 공문이 먼저 가야 하는데 굉장히 많은 시간이 걸린다. 이 부분이 매우 어려운 부분이다.

다섯째, 역학조사관들이 본인의 감염 예방을

하기 위해서 계속해서 보호복을 갈아입고 진입하는데 쉽지 않고, 초반에는 병원에 보호복 조차 없어서 매우 힘들었다.

여섯째, 역학 조사시에는 여러 가지 도출되는 문제들을 실시간으로 논의하여 의사 결정해야 하는데 역학조사관이 결정하고 지시할 권한이 실제로 없다. 그래서 의사결정 체계가 돌아가고 있지 않고, 역학조사관은 본인이 책임져야 하기 때문에 크게 접촉자 범위에 경계를 결정하기 어렵다. 그래서 역학조사관은 권한 상 지침서에 나와 있는 대로 가장 밀접 접촉한 사람에 대해서만 격리를 요청할 수밖에 없다.

마지막으로, 의료기관 폐쇄 및 의료기관 공개에 의한 분리 등은 지금은 하고 있지만 초반에는 굉장히 문제가 되었기 때문에 공개하지 못했다. 또한 역학조사 이후 방역 결정에 대한 불이익으로 인해서 역학조사에 협조하지 않고 실제로 강제하기도 어렵기 때문에 이에 대한 규정이 필요하다. 환자나 보호자, 의심자, 밀접 접촉자에 대해서 자가 격리 및 시설격리 할 때 강제격리 요청할 수 있어야 하고, 이에 따른 보상규정이 있어야만 사람들이 따르기 때문에 이에 대한 준비가 필요하다.

3. 초기단계 역학조사 강화 방안

첫째, 실제로 상황이 벌어졌을 때 역학조사관으로 일하기 위해서는 정규직으로 항상 활동을 해야 한다. 최소한 인구 50만당 1명을 잡아도 100명이 필요하다. 즉 시도 보건과에 정규직으로 역학조사에 계속 참여하고 활동해야 한다.

둘째, 역학조사에 필요한 다양한 개인정보를 활용하는데 법적인 보장이 필요하다. 예를 들면

질병력을 확인하고, 환자 동선 확인을 위해서 CCTV를 확인하고 휴대폰 위치추적을 하고 신용카드 이용내역을 확인하게 되는데 신용카드 경우는 본인이 번호를 알려주고 동의를 해야만 볼 수 있다.

셋째, 역학조사 내용을 실시간 공유하는 시스템이 필요하다. 현재는 역학조사 내용이 문서로 작성해서 보내줄 때까지 기다려야 하는 시스템이다. 시간이 매우 많이 걸린다. 그래서 역학조사 내용이 정리 되는대로 웹시스템으로 실시간으로 보면서 논의를 하고 역학조사관이 조치를 내릴 수 있는 양방향 시스템이 필요하다.

넷째, 확진이 된 후 역학조사가 들어가기 때문에 증상이 나타난 지 며칠이나 후에 역학조사가 들어간다. 그래서 의심증상이 발생했거나 접촉력이 있다면 바로 역학조사가 들어가야 하고 그 사

람과 주변을 격리하고 기다려야 된다. 역학조사 후에 방역 지침에 따른 개인과 기관에 대한 불이익이 없어야 사람들이 협조한다.

4. 향후 역학조사

지금까지는 보수적인 방법으로 역학조사를 했다면, 최근에는 디지털 및 IT를 이용한 다양한 정보를 활용해서 역학조사가 이루어져야 한다. 그리고 질병이 한국에 들어온 후에 대처하면 너무 늦다. 실제로는 전 세계적으로 발생하고 있는 감염병이 언제 한국에 들어올지 모르므로 이러한 전 세계 질병동향을 관찰하고 대응을 준비하는 신종 감염병 센터 등이 필요하다. 메르스의 위기가 국가보건체제 확립의 기회가 되었으면 좋겠다.

감염병 위기대응체계 개선

- 감염 의심자 및 노출자 격리 관리 -

| 천 병 철 고려대학교 의과대학 교수

1. 현재 우리나라 메르스 접촉자 관리 기준

현재 우리나라에서 메르스 접촉자로 이미 확진되었거나 의심자에 대해서 어떻게 관리해야 할 것인가? 우선, 밀접 접촉자로 판단된 경우에는 최대 잠복기 14일 동안 자택격리를 통해 증상발생 여부를 확인하는 것을 자가 격리라고 한다. 그리고 이들 중 고령이나 만성질환자 또는 환자가 발생한 병원 입원자에 대해 코호트 격리를 실시하는 것을 시설격리라고 한다. 그리고 밀접접촉자는 아니지만 기타 접촉자의 최대 잠복기 14일 동안 증상을 확인하는 것을 능동 모니터링 혹은 능동감시라고 한다. 이것이 현재 우리나라 메르스 관리기준이다. 요약하면, 격리 및 능동 모니터링 대상은 메르스 확진자 또는 의심환자와 14일 이전에 접촉이 있었으나 현재 증상이 없는 사람을 말한다.

보통 혼동을 피하기 위해서 격리와 검역이라는 표현을 쓴다. 격리라는 것은 이미 질병을 가지고 있거나 균을 가지고 있는 환자나 보균자를 대상으로 질병의 감염가능 기간 즉 균 배출 기간 동안

환자를 다른 사람으로부터 떼어 놓은 것을 말한다. 지금 자가 격리라고 표현하는 것은 자가 격리가 아니라 개념상으로 검역이다. 그리고 접촉자들이 본인 스스로 신고하는 것은 수동감시라고 하고, 보건소가 하루 두 번 전화해서 조사하는 것은 능동 감시이다.

2. 접촉자 관리에서의 주요 논점

첫째, 자가 격리의 근거와 효과에 대해서 합리적으로 설명하고 있는가? 둘째, 밀접접촉자의 기준을 어디까지 볼 것인가? 셋째, 잠복기까지는 전파력이 없고 증상 발현 이후 전파력이 있기 때문에 발병일의 기준을 잡는 것이 중요한 문제가 되는데 발병일의 기준이 되는 첫 증상에 대한 혼란은 무엇인가? 넷째, 자가 격리 대상자의 수행지침 내용이 과연 적절한가? 다섯째, 수행과정에서 나타나는 일부 혼란들을 어떻게 극복할 것인가? 여섯째, 자가 격리 아닌 특정수용 시설에 격리된 경우는 어떤 문제점들이 논의가 되어야 되는가? 이런 문제점들에 대한 답은 없기 때문에 다 같이 논

의하는 것이 중요하다.

메르스 대응지침은 계속해서 수정되면서 6월 초에 3-3까지 나왔다. 내용을 보면 밀접접촉자에 대한 보건소 업무, 밀접 접촉자 인적사항 파악, 무증상 밀접접촉자에 대한 능동 감시 내용 등이 포함되어 있다. 밀접접촉자에 대한 정부는 증상이 발현되는 경우는 메르스에 감염시킬 수 있고, 잠복기에는 메르스 감염을 시킬 수 없다. 그리고 밀접접촉자의 경우 감염시키는 시점을 정확히 알 수 없기 때문에 최대 잠복기 14일 동안 자가 격리 필요하다고 설명하고 있다. 그러나 그 다음에는 메르스 잠복기에는 증상이 발현되지 않고 전염력이 없다고 설명하고 있다. 이 2가지를 같이 비교하면 감염시키는 시점은 알 수 없지만 증상이 시작되면 감염력이 있고, 잠복기 동안은 감염력이 없지만 잠복기 동안에는 격리할 필요가 있다고 정리된다. 즉, 2가지가 모순된다는 것을 알 수 있다. 이유는 잠복기와 잠재기에 대한 용어 혼란 때문이다. 사실 바이러스가 체내에 침입하면 인체 내에서 증식하는 기간을 거쳐 몸 밖으로 배출되기 시작하는 것은 잠복기가 아니라 잠재기에 대한 설명이다.

밀접접촉자에 대한 관리를 어떻게 할 것인가에 대해서 외국의 기준을 보면, 증상이 없거나 초기 증상인 경우는 질병을 전파한다는 증거가 없기 때문에 검역이나 격리는 불필요하다는 것이 2013년 WHO 기준이다. 미국 질병관리본부의 경우(2015년 기준) 밀접접촉자에 대한 기준으로 증상 여부를 모니터링 하는 것이 가장 중요하다고 보고 있다. 즉, 발열·기침·숨참 그리고 다른 소화기 증상이 나타나는 것이 가장 중요하며, 증상이 나타나지 않는 시기는 병을 전파 시키지 않기 때문에 굳이 다른 활동을 하는 것을 막지 않는다. 캐나다

경우에도 검역은 불필요하다고 명시되어 있고, 중요한 것은 능동 감시이며 만약 증상이 나타나면 그때 필요한 것이 자가 격리(가능한 빠르게)라고 명시되어 있다. WHO 한국 방문단의 전문가가 메르스에 대한 권유사항 중 다른 것들은 명료하게 권유하였는데 모든 접촉자나 의심되는 케이스에 대해서는 강력한 격리나 모니터링을 수행해야 좋겠다고 하였다. 그런데 contact는 증상이 없는 환자이고, contact case는 증상이 있는 사람이므로 약간의 혼동이 있는 것 같다.

1) 밀접접촉자의 자가 격리 근거와 설명

밀접접촉자의 자가 격리는 개인이나 사회적으로 굉장히 부담이 큰 조치이다. 개인은 14일 동안 자유를 속박당하고, 경제적·사회적 손실을 입는다. 그리고 사회적 낙인이 찍히고 가족에게 큰 영향을 준다. 이런 막중한 권력을 국민에게 행사하면서 그 근거나 합리성에 대해서 설명하는 것은 부족하다. 또한 지침 내에서 잠복기내 전파가능성에 대해서 상충되는 경우가 있다. 병원 내 의료진의 경우 밀접 증상이 없다 하더라도 밀접 매개체의 역할을 할 수도 있다. 일부 무증상 감염자의 경우에도 역시 매개체 역할을 할 수도 있다. 메르스에 대한 국내의 역학적 특성이 아직 불분명하기 때문에 관리적 측면에서 일정 기간 머물게 해서 관찰하고 증상이 생겼을 때 격리조치가 필요하다는 관리적 측면에서 볼 때 밀접 접촉자에 대한 격리가 나쁜 것은 아니다. 그러나 그것에 대한 근거나 합리성에 대한 설명은 부족하다. 메르스 사태를 계기로 국내의 자료를 활용해서 관련 근거나 전문적 논의가 본격적으로 진행되었으면 한다.

2) 밀접접촉자의 기준

지침서를 보면 밀접 접촉자의 기준에 대해서 환자와 같은 방에 머무는 경우, 호흡기 분비물과 직접 접촉한 경우라고 하고 있다. 예시를 보면, 증상이 있는 확진환자를 직접 진료하거나 간호 또는 시술하거나 동일공간에 생활하거나 머문 경우라고 설명하고 있다. 그러나 몇 가지 아쉬운 점이 있다. 호흡기 분비물이지만 기침이나 우리가 말할 때 나오는 비말이 손에 묻게 되고, 접촉을 통해서 전파가 가능하기 때문에 이에 대한 표현이 부족한 점이 아쉽고, 증상이 있는 의사나 환자와 동일한 병실에 있는 경우 같은 것은 동일한 병원으로 바꿨으면 하는데 아직 반영이 되지 않아 아쉽다.

우리나라가 따르고 있는 밀접 접촉자에 대한 기준은 미국 질병관리본부 기준을 번역한 것인데 살펴보면, 2미터 이내의 의료인, 가족, 접촉자들 그리고 감염력이 가능한 체내 분비물과 직접 접촉한 사람을 직접 접촉자라고 하고 있다. WHO의 밀접 접촉자 기준은 2012년 사스가 중동에서 유행했을 때 역학조사 후에 실제로 환자와 접촉한 모든 의료인들, 가족들, 같은 공간에 머무르거나 같이 산 사람은 모두 밀접 접촉자라고 정하였는데, 범위가 굉장히 넓었다. 2013년 메르스 이후 WHO는 2014년에 직접 접촉자에 대한 정의를 개정하였는데, 환자를 직접 본 의료인들, 방문한 사람들, 같은 공간에 머물렀던 모든 사람들을 포함하여 가까운 건물에 있었던 사람들과 같이 여행했던 사람들, 같은 방을 사용했던 사람들까지 포함하여 2012년 기준보다 더 넓게 규정하고 있다. 우리나라가 현재 가지고 있는 밀접 접촉자에 대한 기준은 어디서 가져왔는지 불분명하다. 처음부터

WHO의 기준을 적용했으면 어땠을까 하는 아쉬움이 있다. 영국의 경우 15분 동안 면대면(face-to-face)으로 얘기를 했거나 적절한 보호구 없이 환자를 돌보았던 사람들로 밀접 접촉자를 규정하고 있다. 사실 밀접한 접촉이라는 것은 감염병 관리에서 자가 격리와 모니터링의 기준이 되기 때문에 굉장히 중요한 역할을 하는데 이 기준을 어디에서 가져오느냐하는 것이 굉장히 중요한 문제가 된다. 무슨 이유로 WHO 사례 정의를 가져오지 않았는지 의문이다. 대체 어느 정도 밀접한 접촉을 한 사람을 관리대상으로 삼는 것이 중요한 것인지 이번 국내 역학조사 자료를 바탕으로 밝혀야 된다고 생각한다.

3) 발병일의 기준이 되는 첫 증상

발병일은 발병이 시작되자마자 감염력이 있는 것이기 때문에 굉장히 중요한 기준이다. 우리나라 지침서에는 의심환자는 발열과 호흡기 증상이 있어야 되는 것으로 나와 있고, 밀접한 접촉 했지만 소화기 증상이 있을 경우 의심환자가 아니다. 질병관리본부 기준을 보면 발열·기침·숨참 이외에 소화기 증상이 포함되어 있다. 그런데 현재 자가 격리된 사람들에게 유의해야 할 증상에 대한 사항에는 소화기 증상이 포함되어 있다.

4) 자가 격리대상자 유의사항

현재 나와 있는 자가 격리에 대한 유의사항으로는 5가지가 제시되고 있다. 첫째, 일상생활에서 타인과 접촉을 가급적 피하도록 하며 독방에 머무르기를 권고한다. 둘째, 자택에 머무르시더라도

일상생활을 같이 하는 가족들과 접촉 시에는 가급적 마스크를 쓰고 신체적 접촉을 피한다. 셋째, 외부로 외출하지 않는다. 넷째, 14일 동안 머무르는 동안 영양을 충분히 섭취하고 실내에서 할 수 있는 운동을 적절하게 한다. 다섯째, 보건소 담당관이 제공한 자가 격리지침을 숙지하시고 담당자의 관찰에 성실히 응해주시고, 발열 등 자각증상을 느낄 경우 타인으로부터 자신을 스스로 격리하고 지체 없이 관할 보건소 담당자에게 알린다. 이중 제일 중요한 것은 다섯 번째 모니터링이다.

자가 격리인 준수사항을 보면, 혼자 생활하기, 접촉하지 않기, 전용물품 사용하기, 건강수칙 지키기, 건강상태 매일 확인하기 등이 있는데 제일 중요한 것은 증상이 있는지 매일 확인하는 것이다. 잠복기에서는 전파 가능성이 없기 때문에 실제로 증상이 있는지 없는지는 세밀하게 살펴보아야 한다. 기침 에티켓도 중요하지만 증상이 있다면 이미 의심환자가 된다. 그러나 소화기 증상이 있다고 확인되면 의심환자에 포함이 되지 않는다. 이러한 문제점이 있다.

미국 질병관리본부 지침을 보면 집에 머물러라, 다른 사람과 떨어져 있어라와 같은 사항들은 무증상 감염자가 아니라 확진을 받았거나 증상이 있는 의심환자의 기준이다. 즉, 증상이 없고 기침을 하지 않으며 다른 사람에게 전파시키지 않은 자가 격리기준과 현재 우리의 자가 격리 준수사항은 다르다.

5) 자가 격리 수행과정상의 혼선

자가 격리 다른 격리보다도 굉장히 느슨한 격리이다. 따라서 자가 격리 지침 순응도가 낮다는

내용들이 보고되고 있다. 이것은 환자의 문제일 수도 있지만 정부의 문제일 수 있다. 지금 중요한 것은 자가 격리 통보가 아니라 자가 격리 수행지침에 대한 교육과 훈련이다. 이론적으로 증상이 있는지 없는지 건강상태를 체크하고, 증상 발현 체크 방법, 증상이 발현했을 때 어떻게 대처해야 하는지 알려주는 것이 중요하다. 또한 폐기물 처리 방법, 마스크 착용법 등을 가르쳐 주는 것이 더 중요하다. 현재 우리나라는 자가 격리자가 급격하게 증가하면서 아쉽게도 이런 부분들이 제대로 되지 않았기 때문에 자가 격리 대상자가 지침을 잘 지킬 것이라고 기대하는 것은 무리가 있다.

자가 격리자에 대한 소득 보전도 며칠사이에 계속해서 지침이 바뀌면서 국민들에게 큰 혼선을 주고 있다. 그리고 더 중요한 것은 자가 격리 수행자와 가족들이 겪고 있는 전파에 대한 불안인데 불안 문제와 관련된 프로그램과 교육자료 등이 없었다. 그리고 자가 격리자들은 사회적으로 낙인이 찍힌다. 사스의 경우 홍콩에서도 그랬다. 사회적 낙인을 치유하는데 굉장히 많은 시간과 노력이 필요했다. 메르스도 마찬가지일 것이다.

6) 시설격리의 논의점

시설격리자의 경우는 고령자와 만성질환자 등이 포함되는데 본인이 거부하는 경우가 많았다. 사실 병원 내에서 확진자와 밀접하게 접촉한 모든 사람들을 시설격리하고 싶었으나 시설 수가 충분치 않아서 우선순위를 정했다. 그리고 시설 격리를 한다고 해서 모든 것이 해결되지 않는데 실제로는 지원체계가 같이 따라줘야 하는 제대로 되지 않은 상태에서 문제를 해결해 나가고 있는

것이 현실이다.

병원내 코호트 격리라고 하는 것은 확진자가 병동 전체를 감염되었을 가능성이 있기 때문에 그 사람들을 다 접촉자로 보고 그 인원들을 14일 동안 퇴원시키지 않고 격리시키는 것을 말한다. 이 때 보호자는 자가 격리하고 환자만 병원내 코호트 격리를 한다. 이 때 비순응 문제와 타 의료기관으로 전원 문제, 의료인력 격리로 인한 인력부족 문제가 이번에 노출되었다.

3. 개선 방안

이번 메르스 사태에서 접촉자 관리에서 자가 격리, 시설격리, 코호트 격리 등에 대한 기준, 수행과정, 지침, 예상 가능한 문제점에 대한 대비 등이 총체적으로 부실했고, 절실하게 그 문제에 대해서 느꼈다. 향후 우리나라 메르스 유행자료 분석을 통해서 지원 체계와 세부 지침 개발이 되었으면 좋겠다.

주제발표 2

병원감염관리체계 개선

- 원내 감염관리체계 강화 -

| 이 재 갑 대한의사협회 신중감염병 대응TFT위원장

1. 중소병원의 병원감염관리 실태

의료관련감염(health care associated infection)은 이전에 병원감염이라고 부르던 것으로 입원 당시 이미 발생하였거나 잠복하고 있던 감염이 아닌 병원 입원과 관련하여 발생한 감염 질환을 말하는데 대개 입원 후 48~72시간을 기준으로 하는데 퇴원 후에도 발생하는 경우도 있다. 대표적인 의료관련감염은 요로감염, 폐렴, 수술 부위 감염, 혈관 내 카테터 관련 감염 등이 있는데 메르스는 특수한 상황이기 하지만 의료관련감염 범주에 넣는다면 폐렴 범주 안에 들어갈 수 있다.

감염관리에 대해 언급할 때 가장 어려운 부분이 중소병원 부분이다. 과연 중소병원이 무엇인냐에 대한 기준이 없다. 의료법과 보건복지부에 중소병원에 대한 기준이 없고, 대한중소병원협회의 경우에는 법적 기준은 없고, 500병상 미만을 보통 중소병원으로 보고 있다. 그리고 의료기관평가인증원에서 병원, 종합병원, 상급종합병원으로 나누고 있지만 중소병원에 대한 것은 없다. 1차 병

원은 30병상 미만, 2차병원은 30~500병상 미만, 3차병원은 500병상 이상으로 보고 있지만 이 개념 자체도 달라지고 있다. 통상적으로 중소병원은 작거나 특정과목을 진료하거나 30병상 미만을 보고 있다. 중소병원에 대한 기준을 명확히 해야 감염관리도 가능할 것이라 본다. 현재 있는 감염관리 기준 중에서 200병상 이상 모든 병원은 감염관리실을 설치해야 한다. 그러나 감염과 관련되어 있는 임상미생물과 전문의, 감염과 관련된 예방의학 관련 선생님을 반드시 두어야 한다는 감염관리 의사 관련된 기준은 없다.

병원감염 관리를 하기 위해서는 역학 자료들이 필요하고, 이를 바탕으로 운영하는 프로세스와 더불어 인력, 비용, 소프트웨어, 지침서 등이 필요하나 실제로 병원에서는 제대로 감염관리가 이루어지지 않고 있다. 최근 10년 이내 국내 의료관련 감염률 연구들을 바탕으로 2006년 KONIS라고 전국 중환자실 병원감염에 대한 실태조사 프로그램이 만들어졌는데, 국내 병원감염 자료는 KONIS 자료를 통해서 확인할 수 있다. KONIS를 보면

900병상 이상, 700~899병상, 400~699병상으로 나누어 500병상 이하 일부만 포함되고 있기 때문에 전체적인 자료를 다 볼 수 없다는 한계는 있다.

2006년에 시작되어서 2015년까지 질병관리본부에서 예산을 내서 연구가 되고 있는데 병원감염은 하향 추세에 있다. 병원의 경우에도 정보를 얻기 때문에 감염관리 노력을 하게 된다. 그러나 여기에는 400병상 이상 감염관리실이 있는 병원 경우만 해당되기 때문에, 감염관리실이 제대로 운영되지 않는 병원들은 이 안에 포함되지 않아서 자료도 보지 못하고, 해석능력도 떨어지므로 정책을 세우는데 어려움이 있다. 자료를 보면, 요로감염, 혈관 내 카테터 관련 감염은 떨어지고 있고, 폐렴 자체도 떨어지고 있다. 그런데 중소 병원 대상으로는 2011년만 1년만 모니터링이 시행되고 예산을 지원받지 못해서 종료되었다. 자료를 보면, 중소병원은 실제로 의료관련감염이 전반적으로 400~900병상 병원들에 비해 높지 않고 비슷하거나 낮은 상태이다. 그렇다고 중소병원이 감염관리를 잘하는 것이 아니라 대부분 중소병원에서 감염병 중증 환자가 발생하면 대형병원으로 이송하기 때문에 그런 상태가 모니터 상황에 잡히지 않고, 실제로 중증환자 자체가 대형병원보다 적기 때문에 감염병 지표는 중소병원 현황에서는 적게 나타난다. 따라서 이 자료를 통해 중소병원의 감염병 관리 특징을 반영한다고 하기 어렵다.

2. 감염관리 인력 문제

가장 중요한 것은 인력이다. 인력이 있어야 하고 그 인력들이 감염관리를 할 수 있는 능력을 가지고 있어야 한다. 국내 2014년 현황 조사 자료를

보면, 감염관리실 책임자를 보면 감염내과가 37%, 진단검사의학과에서 맡고 있는 경우, 디렉터를 간호사 혹은 행정직이 맡고 있는 경우도 있었다. 감염관리 전담자는 간호사들이 대부분 맡고 있었다.

2014년 중소병원 감염관리 조사 결과를 보면, 1년간 감염관리실에서 교체된 인원이 168명 회원 가입자 중 23명이 바뀌었는데 사직한 경우가 많다. 업무 자체가 어렵기 때문에 그만두는 경우가 많고, 중소병원 경영상 인건비 압박 문제로 인해 담당자가 그만두거나 이직하는 경우가 많았다. 2013년도 감염관리 실무자 재직기간을 보면 1년 이내가 거의 대부분이다. 사실 감염관리는 복잡하고 어려워서 2~3년 이상 훈련받아야 제대로 업무를 할 수 있는데 대부분 1~2년 사이에 그만두고 있다.

병원 규모별 감염관리 실무자 평균 명수를 보면, 1000병상에 5명까지 있지만 300병상 이하는 1명 정도이다. 200병상 이상은 법적으로 감염관리 전담자를 의무적으로 두게 되었으나 실제로 전조사 결과, 감염관리 전담 업무를 하느냐는 질문에 60%만 감염관리 전담 업무를 하고, 40%는 다른 업무를 병행하고 있다. 즉, 실제로 법적으로 규정되어 있다 하더라도 지원이 이루어지지 않으면 감염관리 간호사를 중소병원에 제대로 고용할 수 없는 것이 문제이다. 병원 규모별 전담여부를 보면, 300병상 이하는 40%이고, 300병상 이상은 100% 전담자여야 하는데 70%가 되지 못하는 상황이다. 병원 규모별 감염관리 활동에 대해서도 병상수가 떨어지면 떨어질수록 감염관리실이 없는 경우가 많고, 감염감시 외부자료와 비교분석, 감염감시 자료를 통한 개선활동, 유행 감시 등등

이 제대로 이루어지지 않고 있는 실정이다.

감염관리실 운영에 관해 의료법 시행규칙을 보면 법 제47조 제1항에 따라 감염관리에 경험과 지식이 있는 의사, 간호사와 감염관리에 경험과 지식이 있는 사람으로서 해당 의료기관의 장이 인정하는 사람으로 규정되어 있는데 기준이 매우 모호한 것을 알 수 있다. 따라서 이렇게 기준을 정해 버리면 중소병원에서는 감염관리를 위한 인력을 고용할 수가 없고, 자의적으로 관심 있는 사람 밖에 뽑을 수밖에 없다.

그렇다면 왜 중소병원에서 감염관리가 어려운 것인가? 2013년에 중소병원 원장들과의 인터뷰를 실시했는데 감염관리가 제대로 운영이 되지 않는 이유로 감염관리 전문가가 없고, 수가 책정이 없기 때문이라고 하였다. 또한 감염관리 도입 후에 우려되는 점은 수입 저하(비용), 외부로 자료 유출, 국가 간섭에 대한 거부감이라고 대답하였다. 감염관리 활성화를 위해 정부나 학회에는 체계적이고 현실적인 지침을 제공하고, 시설투자비 지원과 세금감면 혜택, 법에 따른 규제가 아니라 의과 대학과 간호대학에서 감염관리 교육이 원칙적으로 더 필요하다는 점을 건의하고 싶다고 하였다.

경영자 입장에서는 감염관리를 함에 있어서 경제적 이득이 없고, 전문교육과 지침서 부재, 관심 부족으로 인한 인적자원 부족, 전산 프로그램과 미생물 검사가 어렵기 때문에 중소병원에서 감염관리 하기가 어렵다. 그렇다면 실제로 감염관리를 했을 때 경제적 이득이 없는가? 2010년에 미국에서 조사한 연구(The Impact Healthcare-associated Infections In Pennsylvania)결과에 따르면, 병원 내 감염이 일어나면 14,000불 이상이 추가로 소요된다. 또한 우리나라의 연구(병원

감염관리가 의료비용 절감에 미치는 영향에 대한 연구)에서도 감염이 발생하면 추가재원 발생률이 3.5% 증가하고, 추가재원 발생환자 1인당 추가재원일수가 15.3일 증가하며, 환자 1인당 평균 추가 진료비가 약 65만에서 200만원이 더 소요되고, 감염 진료 기간 1일당 평균 추가 진료비가 3만원에서 10만원이 더 소요되는 것으로 나타났다. 2007년 병원감염관리 비용조사연구에 따르면 400병상수의 병원에서 연간 병원감염 발생률이 3.6%인 경우 감염관리를 운영하는 것이 경제적인지 분석한 결과, 연간 추가 진료비는 377,207,352원인데 비해 연간감염관리비용은 314,046,000원으로 추계되어 병원 내 감염관리가 병원 내 모든 정책에서 가장 비용-효과적(cost-effective)이다. 따라서 이런 면에서 전폭적으로 정부에서 지원해준다면 병원 입장에서는 감염관리에 대한 좋은 메리트가 될 것이다.

감염관리를 제대로 하기 위해서는 전문인력에 대한 교육이 제대로 이루어져야 하는데, 감염관리실 전담 인력의 교육기준을 보면 교육 이수 시간이 매년 16시간 이상으로 정해져 있지만 구체적인 규정이 없는 실정이고, 관련 교육의 일부가 보건복지부에서 고용노동부로 이관되어 실제로는 감염관리에 대한 교육이 제대로 이루어지지 않고 있다.

3. 메르스 유행의 감염관리 측면의 문제점

이번 메르스 사태에서 병원의 규모와 상관없이 메르스가 모두 발생한 이유는 중소병원과 대형병원의 병원 간 전원 때문이었다. 이는 호흡기 관련 감염병의 감염관리가 제대로 이루어지지 않았기 때문이다. 호흡기 관련 격실 병실 사용은 2014년

이후 인플루엔자만 가능하기 때문에 호흡기 관련 환자가 다인실을 이용할 수밖에 없는 것이 현실이다. 또한 다인실 입원을 권장하는 의료보험 제도와 자유로운 병원 내 출입, 대형병원 응급실 쏠림 현상, 규격화된 음압격리실이 부족한 것들이 감염관리 역량과 무관하게 모든 규모의 병원에서 발생하게 한 이유이다.

4. 감염관리 체계의 개편방향

1) 중소병원 감염관리 역량 강화

감염관리 체계를 개편하는데 가장 중요한 것이 중소병원 감염관리 역량 강화이다. 즉, 전담 인력 배치 및 인건비 지급, 감염관리와 관련한 인센티브 제공, 경영진 인식 개선을 위한 정부의 노력이 필요하다. 그리고 감염관리 전담자의 교육 강화, 중소병원 감염관리 지원 전담 부서 또는 사업단 출범을 고려해야 한다. 또한 지역 내 감염관리 네트워크를 구성하여 감염관리를 잘하고 있는 대학병원과 중소 지역병원과 감염관리 협업이 필요하다.

2) 호흡기 관련 감염병의 감염관리 강화

두 번째, 호흡기 관련 감염병의 감염관리 강화가 필요하다. 규격화된 음압격리병실 보급에 대한 국가 지원이 절실하고, 호흡기관련 감염병의 1인 병실 입원의 보험 수가 인정, 보호자 없는 병동 확대 적용 및 면회 제한, 대형병원 쏠림 특히 응급실 체류시간 제한, 응급실 내 감염병과 비감염병 별도 진료구역 설정, 다인실보다는 1,2인실 병실 사용이 필요하다.

5. 결론

메르스 확산은 우리나라 감염관리의 현주소를 보여주고 있다. 향후 감염관리를 제대로 하기 위해서는 취약한 중소병원의 감염관리에 대한 전폭적 지원이 필요하고, 감염관리는 의료시스템과 관련된 부분이라 이에 대한 지원이 필요하다. 그리고 의료진과 병원도 감염관리 실패에 대한 충분한 반성도 필요하다. 감염관리의 핵심은 지속적인 노력과 투자를 통해서만 가능하기 때문에 인력과 예산 확보에 대한 충분한 노력이 필요하다.

병원감염관리체계 개선

- 감염관리를 위한 병원 및 의료이용 문화 -

| 김 윤 대한의학회 기획조정이사

1. 병원소핑 해소를 위한 일차의료 강화 방안

1) 원인

메르스 감염 환자들이 어떻게 병원을 이동하였는지를 살펴보면, 계속 여러 의료기관들을 이동했다는 것을 알 수 있다. 이것이 여러 의료기관에서 다수의 감염자를 나오게 한 원인이 되었다. 국민들이 이렇게 여러 병원을 옮겨 다니는 것은 굉장히 오래된 일이고, 그 배경에는 첫 번째로, 대형병원 선호 문화 때문이다. 대형병원 선호는 근거가 없는 것이 아니라 동네 병의원에 비해서 대형병원의 의료의 질이 더 좋다는 인식 때문이다. 일부는 사실이고 일부는 사실이 아니라고 생각한다. 두 번째로 대형병원에 비해서 동네병원이 잘 할 수 있는 업무가 있다. 환자를 지속적으로 관리하고 교육하고 만성질환을 잘 관리하고 도와줄 수 있는데 이런 서비스에 대해서는 보상을 해주지 않는다. 그래서 동네병원이 잘하는 업무에 대해서 보상을 해주지 않기 때문에 동네병원이 잘 못하는 서비스를 가지고 대형병원과 경쟁을 하게 되니 국민들이 동네병원으로 가지 않는다.

2) 제안

① 대형병원은 중증 질환을 진료하면 가산을 해주고, 동네 병원이 경증 질환을 진료할 때는 가산을 해주고, 반대의 경우에는 감산을 해주는 것이다. 물론 어느 질환이 중증이고 경증인지 모두 다 구분하기는 쉽지 않지만 명백한 경증/중증 질환부터 시작하여 점진적으로 확대해 나갈 필요가 있다. 진료비의 경우에도 본인부담금을 가감하거나 의료기관의 진료비를 가감하는 것으로 설계할 수 있다.

② 국민들이 동네병원으로 가게 하기 위해서 일차의료의 질과 보장성을 강화해야 한다. 동네병원이 잘할 수 있는 서비스 즉 상담이나 사례 관리, 지속적 환자 책임 관리에 대해서 건강보험에서 급여를 보상할 수 있는 체계를 만들자는 것이고, 국민들이 이런 서비스를 이용하기 위해서 동네병원에 갔을 때 본인부담율을 현재 30%에서 10%로 대폭 낮추어 동네병원을 가게 될 이유를 만들어 주자는 것이다. 하지만 동네병원을 다니다가 상태가 악화되면 대형병원으로 가야하는데 그렇게 하기 위해서는 동네병원과 대형병원 간 협진 체계가 만들어져야 하고, 환자를 의뢰하고 받을

때 환자에게 어떤 서비스를 필요한지 알고 보내고 받게 하는 체계를 구축해야 한다. 그리고 일차의료 질 평가를 공개하여 국민들의 일차의료 신뢰를 회복할 수 있도록 만들어 주는 것이 필요하다.

2. 응급실 과밀화

1) 메르스 확산 원인

2015년 6월 22일 기준으로 삼성서울병원 응급실에서 감염된 79명의 환자는 전체 메르스 감염 환자의 46%로 한 응급실에서 이런 상황이 발생한 원인은 첫 번째로 응급실에 너무 환자들이 있고, 그 환자들이 너무 오랫동안 응급실에 머물렀기 때문이다. 과밀화 지수 상위 20개 병원을 보면 평균 과밀화지수는 131로 쉽게 설명하면 10병상이 있는 응급실에서 평균적으로 13명 이상의 환자를 보고 있다는 것이다. 응급환자 평균체류시간은 15시간이다. 두 번째로 응급실 구조 자체가 거대 다인실 구조이다. 삼성서울병원의 경우 응급실 구조를 보면 그나마 칸막이가 다른 병원에 비해서 더 나은 상황이었음에도 불구하고 심각한 감염이 발생했다. WHO도 봄비는 응급실이 메르스 확산에 기여했다고 보고 있다.

2) 응급실 과밀화 원인

그렇다면 왜 응급실이 봄비는 것일까? 투입요인(환자가 많이 옴), 과정요인(응급실에서 제대로 환자를 진료하지 못해서 지연됨), 산출요인(진료를 잘했는데 입원실이 부족하거나 병실이 부족하거나 의사가 없음)으로 분류할 수 있다. 실제로 어떤 요인이 응급실 과밀화에 가장 큰 요인으로 작용하는지를 보면 산출요인이라고 할 수 있다.

① 산출요인에 대한 대책

응급실 과밀화에 대한 평가와 수가 차등, 응급환자 우선 입원할 수 있도록 하는 체계를 만드는 것이 중요한 해결책이다. 구체적으로 외래를 경유해서 입원하는 환자에 비해서 응급실을 통해 입원하는 환자가 중증도가 높기 때문에 외래를 경유해서 입원하는 환자를 우선 입원시키려고 한다. 그래서 응급실 정체가 일어난다. 따라서 응급실 경유 입원환자는 일정기간 동안 입원료를 가산하는 방식이 공평하다. 그래도 병실이 부족하면 입원 대기환자를 24시간 동안만 관찰할 수 있는 수용체계를 도입하고, 예를 들어 미국의 경우 과밀화 지수가 100이 넘으면 적체되어 있는 환자를 병동에 다 올려 환자에게 피해를 줄일 수 있게 한다. 그리고 과밀화 지수와 응급 의료 수가를 연계해서 병원이 응급실 환자를 병실이 없어서 내보내지 않도록 하는 체계를 만드는 것이 중요하다.

② 투입요인에 대한 대책

응급실 내에서 경증 환자와 중증 환자의 트랙을 분리해서 중증환자 과밀화로 인해서 문제가 생기지 않도록 하는 것이 중요하다.

3. 포괄간호의 확대를 통한 가족 간병 해소

이번 메르스 감염 환자 유형을 살펴보면, 간병자의 비율이 높다. 전체의 40%에 달한다. 만약에 간호사가 간병을 하는 외국과 같은 시스템이 있었으면 전체 메르스 환자 40%의 감염이 발생하지 않았을 것이다. 가족이나 간병인이 간호를 하면서 간병을 하면서 감염을 일으키기도 하지만 환자에

게 감염을 일으키기도 한다. 이와 관련해 고려대 안형식 교수와 김현정 교수의 연구 결과에 따르면, 요로감염, 병원 내 감염, 병원 발생 폐렴 3개에 대해서 보호자가 없는 병동과 보호자 상주 병동의 환자 감염 발생 건수를 비교한 결과 보호자가 상주한 병동에서 각각 7배에서 적게는 3배 이상 감염이 발생하였다. 따라서 환자와 간병인을 위해서도 간호는 간호사가 해야 한다. 그래서 현재 포괄간호서비스를 하고 있다. 시범사업 모형을 2014년 말까지 개발하였고, 올해부터 2017년까지 지방중소병원을 대상으로 해서 건강보험을 적용하는 서비스로 확대할 예정이고, 2018년까지 전체병원으로 확대할 예정이다. 현재 32개병원이 참여하고 있고, 연평균으로 간병 필요환자의 5%를 커버되고 있다. 여기서 2가지 문제가 발생하고 있다. 첫째는 중소병원을 대상으로 한다는 것이고 커버율이 5%밖에 되지 않는다는 것이다.

포괄간호서비스 제도를 지금 시점에서는 상급종합병원을 포함하여 추진되어야 한다. 왜냐하면 상급종합병원에는 중증 감염 위험환자가 많기 때문이다. 그리고 목표치를 2017년 말까지 간병 필요환자의 2/3을 포괄간호서비스로 커버한다는 명백한 목표치 설정과 더불어 신속한 확대가 필요하다. 포괄간호서비스에서 간호 인력을 간호조무사를 쓰느냐 다른 보조 인력을 쓰느냐에 대해 간호계가 대립하고 있다. 그러나 이러한 정치적 대립 때문에 포괄간호서비스가 지연되는 것은 옳지 않

다고 본다. 적어도 상급종합병원 내에서만은 어떤 보조 인력을 쓸 것인지 자율적으로 선택할 수 있도록 허용해 주어야 한다.

4. 병원이용문화 개선

자료를 보면, 처음 가족구성원이 메르스에 감염되었는데 다른 가족이 간병을 하다가 일가족이 감염이 되었고 그 중 한명은 사망한 사례가 있었다. 이것은 우리의 문병문화와 응급실 이용문화, 대형병원 선호 현상과 관련이 된 부분이다. 비록 문화적 문제이긴 하지만 작금의 메르스 사태를 겪으면서 더 이상 국민이 익숙한 문화라고 해서 내버려둘 수 없다고 생각한다. 다양한 방식으로 예를 들어 캠페인이나 인증평가와 같은 규제를 통해서 우리의 잘못된 문화를 바꾸어야 나가야 한다고 생각한다.

5. 그 밖의 과제

그 밖의 과제로 1~2인실의 감염 환자에 대한 급여를 확대하고, 중환자실이나 응급실에 격실을 도입해서 전체 병실의 50%는 격실로 해야 한다고 생각한다. 그리고 병원 감염관리를 강화하기 위한 감염관리 수가 인상, 감염관리 인력기준, 활동에 대한 평가가 동시에 추진되어야 한다고 생각한다.

대규모 감염병 발생시의 의료체계

- 동네의원 진료체계 개선 -

| 박 근 태 대한개원내과의사회 총무이사

1. 보건복지부와 WHO 메르스 합동평가단 발표(2015.6.13) 주요내용

지난 6월 13일 보건복지부와 WHO 합동평가단의 브리핑이 있었다. WHO는 메르스(MERS CoV) 발병 종식을 위해 한국이 강력한 질병통제 조치를 지속 이행할 것을 권고하였다. 주요내용은 다음과 같다.

- 1) 국내 메르스 발병은 대규모이며 복합적 양상을 띄고 있다. 하지만 기존의 중동지역에서의 병원내 감염 발생과 유사한 역학적 패턴을 보이고 있다.
- 2) 국내 메르스 바이러스 시퀀싱(sequencing) 분석정보에 따르면 메르스 바이러스가 전염성이 강한 바이러스로 변이 된 것으로 보이지 않는다.
- 3) 현재 바이러스가 의료기관 주변에 밀집해 있으며, 지역사회로의 확산 증거를 발견하지 못했음을 확실히 하였다.

WHO는 국내에 메르스가 짧은 시간에 대규모 감염으로 이어진 이유에 대해서는 다음과 같이 설명하였다.

- 1) 메르스 바이러스는 한국내 대부분의 의료진에게 알려지지 않았고, 발생이 예측되지 않았다.
- 2) 과도하게 혼잡한 응급실과 다인실 병실 등 병원에서의 예방 및 관리조치가 최적화 되지 않았다.
- 3) 환자들이 치료를 위해 의료쇼핑(Doctor Shopping) 관행과 문병문화가 영향을 끼친다.

마지막으로 합동평가단은 메르스 대응을 위해 다음과 같이 권고하였다.

- 1) 모든 접촉자에 대한 완벽한 조기 파악/확인
- 2) 접촉자 및 의심 사례 전원에 대한 격리(Quarantine or isolation)
- 3) 감염예방 통제조치의 완벽한 이행
- 4) 감염환자 및 접촉자의 여행, 특히 국외여행 금지

이외에도 2015년 6월 17일 제9차 WHO IHR 긴급위원회는 메르스와 관련하여 다음과 같은 평가 결과를 발표하였다.

- 1) 의료진과 일반대중의 메르스에 대한 이해 부족
- 2) 병원내 감염 예방 및 통제조치가 최적화 되지 않음
- 3) 병원의 혼잡한 응급실과 다인병실에서 메르스 환자와의 접촉과 노출기간 증가
- 4) 여러 개의 병원에서 진료를 받는 문화(의료 쇼핑)
- 5) 많은 병원 방문객과 환자가족이 병실에서 머무는 문화로 인해 접촉자들의 2차 감염이 활발

2. 동네의원 진료체계 개선방안

1) 안전한 보건관리체계 구축

이번 메르스 사태의 주범은 허술한 국내 방역 보건시스템이라고 생각한다. 2012년부터 중동지역에서 발생한 메르스 전염병은 치사율, 전염력 등이 이미 잘 알려진 질환이다. 그럼에도 불구하고 보건당국이 중동지역을 방문한 국민들을 상대로 제대로 된 홍보와 교육을 하지 않았다. 보건당국의 메르스에 대한 초기 대응도 미흡했고, 오히려 의심환자 미신고시 의사에 대한 처벌을 강화하려는 움직임까지 보였다. 더욱이 경유 병원과 확진 병원과의 차이에 대한 정부의 설명도 부족했다.

2009년 신종플루 사태 당시 전염병 관리에 대한 안이한 대처 이후에 전문가 집단과의 논의가 필요했음에도 불구하고, 비전문가에 의한 행정시스템으로 인해 보건의료체계가 붕괴되었고 결국 그 피해는 국민에게 돌아갔다. 이러한 사태에 대비하기 위해서는 의사 등 전문가 집단을 동용하

고, 보건부 독립을 통해 국민 건강 안전시스템을 확립하는 것이 필요하다.

이번 메르스 사태에서 보건소는 보건의료의 중요성을 간과한 정부나 지자체의 선심성 공약 도구로 전락하였으며, 본연의 업무인 전염병 및 질병 예방 관리에 소홀하였다. 복지부는 6월 16일 전국 보건소장 회의에서 보건소는 기존에 시행하던 일반 진료 등의 업무를 인근 민간의료기관으로 이양토록 안내하게 하고 메르스 대응 업무에 집중하도록 지시하였다. 그러나 서울시 25개구 보건소 중 강남, 송파, 강동, 광진구를 제외한 모든 구에서는 일반진료를 계속 진행하였다. 국가의 총체적 위기에서도 정부 관리 감독이 전혀 이루어지고 있지 않은 것이다. 보건소를 지자체 관리에서 보건부 산하 기관으로 이관하여 진료기능을 없애고 본연의 업무에 집중할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

2) 왜곡된 의료체계 개선

대형병원 중심의 왜곡된 의료체계 개선이 필요하다. 현재의 의료시스템을 보면 의료기관을 찾는 환자들은 소견서 한 장이면 어디든 대형 병원을 갈 수 있으며 대형병원 내의 과도한 예외규정 또한 불필요하다. 경증환자들 마저도 대형병원 쏠림 현상이 나타나기 때문에 이를 개선할 수 있는 정책을 입안해야 한다. 대형병원 쏠림 현상으로 인한 감염관리 문제를 해결하기 위해서는 대형병원은 중증 환자 중심과 연구 중심의 체제로 개편되어야 한다.

이외에도 환자들의 의료 쇼핑의 문제가 심각하다. 원가의 70%가 되지 않는 저수가 기초에서 결국 낮은 의료비가 의료 쇼핑을 부채질하고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 적정 수가를 통

한 올바른 의료체제 구축이 시급하다.

3) 안전 비용(감염 예방)의 투자

1차 의료기관과 공중 보건을 지원할 정부의 확고한 의지가 필요하다. 대부분의 정책적·재정적 지원이 3차 의료에 집중되어 있다. 잘 갖추어진 1차 의료시스템은 환자들이 대형병원으로 가기 전 단계에서 질병 예방과 조절에 도움을 줄 수 있고 최종적으로 국민 건강증진에 이바지할 수 있게 된다. 1차 의료기관에서 자력으로 감염관리 체계를 갖추는 것은 불가능하다. 특히 제2,3의 메르스 사태를 되풀이 하지 않기 위해서 정부는 1차 의료기관에 대한 지원을 아끼지 말아야 한다. 이러한 지원에는 적절한 예산과 전문성을 제고하기 위한 프로그램과 모니터링 및 평가를 위한 명확한 지침이 필요하다.

메르스 이외에 다른 전염병 환자도 먼저 1차 의료기관에 내원하게 되어 있다. 현재 보건 의료 정책은 1차 의료와 잘 협조되지 않는 수직적인 정책이다. 메르스 사태에서 보듯이 1차 의료와 긴밀한 협조를 통해서 프로그램을 개발하고 포괄적인 대응력을 키우기 위한 정부의 과감한 투자가 필요하다.

4) 피해 (휴원 및 환자감소) 의원에 대한 실질적인 보상체계 마련

메르스는 정부의 허술한 방역체계와 안일한 초동대처 실패로 확산되었다고 볼 수 있다. 메르스 확산을 방지하고자 의료기관은 폐쇄되었기 때문에 그 이후 벌어지는 상황에 대해서는 정부의 실질적인 보상대책이 필요하다. 규모가 큰 대형병원의 경우 확진 환자가 다녀가더라도 일부 폐쇄 등

을 통해서 피해를 최소화할 수 있지만 규모가 작은 의원급 의료기관의 경우 지역사회에서 한번 메르스 병원으로 인식되고 나면 이후 이와 같은 인식을 극복하고 병원을 정상화하는데 상당한 기간과 노력이 필요하다. 병원의 이미지 손상은 타 직종보다 상대적으로 휴유증이 심각하여 수개월 지속되는 경우가 많다.

현행 감염병 예방 및 관리에 관한 법률에는 적절한 보상방안이 규정되어 있지 않다. 의료기관이 감염병 관리기관으로 지정된 경우 감염병 병원체에 오염된 건물에 대한 소독이나 그 밖의 조치에 의해 손해를 입은 건물의 소유자에게 그 손해에 상당하는 비용을 보상하도록 규정해야 한다. 또한 병원 폐쇄로 인해 발생하는 진료기회 상실에 대한 손실, 경제적 피해 손실 등에 대한 보상도 없다. 이러한 보상 규정이 없다면 앞으로도 메르스 이외에 다른 전염병의 경우에도 마찬가지로 의료진의 헌신적인 노력을 기대하기 어렵다. 아울러 환자를 치료하다가 감염된 의료진의 배상문제와 감염 위험 환자를 진료하는데 따른 위험 보상 문제도 함께 이뤄져야 한다.

경영난에 직면한 1차 의료기관의 보상은 중소병원지원 방안과 동일한 보상체계를 마련해야 한다. 의원 폐쇄에 따른 경제적 손실 등 유형 손실 배상과 병원 이미지 타격에 따른 환자 감소 등 무형 손실에 대한 배상이 필요하다. 이를 위해서는 조속한 관련법 제정 및 긴급 자금지원, 세제혜택 등 실질적인 보상책이 있어야 한다.

3. 결론

대규모 감염병 발생시에 대비하여 다음과 같이

의료체계를 개선해야 한다. 첫째, 보건복지부에서 보건부를 독립하고 의사 등 전문가 집단을 적극적으로 등용하여 보건정책을 수립해야 한다. 둘째, 보건소를 지자체에서 보건부 산하기관으로 바꾸어 진료기능을 없애고 본연의 업무인 전염병 및 예방관리에 힘써야 한다. 셋째, 의료전달체계를 개선하여 대형 병원 쏠림 현상을 막아야 한다. 넷째, 원가 이하의 수가를 적정 수가로 하여 의료쇼

핑을 막고 올바른 의료환경 체계를 구축해야 한다. 다섯째, 1차 의료기관에서 감염관리체계를 갖추기 위해서는 정부의 아낌없는 지원이 필요하다. 여섯째, 1차 의료기관과 긴밀한 협조를 통해 포괄적인 대응력을 키우기 위한 정부의 과감한 투자가 필요하다. 일곱째, 피해 입은 의원에 대한 조속하고도 실질적인 보상대책이 필요하다.

대규모 감염병 발생시의 의료체계

- 병원의 대응체계 및 감염 치료 인프라 강화 -

| 김 태 형 대한의료관련감염관리학회 학술이사

1. 메르스 바이러스의 특성

이번 메르스 바이러스는 생물학적으로 2012년 MERS와 같다. 그러나 한국 사회에서 MERS는 상당히 파급력이 강하여 FERS(Far EAST Respiratory Syndrome)로 불려도 될 정도이다. 우리나라의 의료기관, 전달체계, 이용행태에 마치 합목적으로 최적화된 최악의 바이러스가 아닌가 싶다. 결국 방역의 대상이 생물학적인 차원이나 개별병원의 감염 관리로는 되지 않고 여러 가지 문화적인 측면까지도 고려해야 한다.

2015년 6월 22일 대한감염학회는 메르스 바이러스의 생물학적 특성에 대해 발표했다. 전수조사가 아니기 때문에 매우 정확한 결과라고는 할 수는 없지만, 증상시작 후 확진까지의 기간이 전파자의 경우는 길고, 비전파자의 경우는 짧은 것으로 나타났다. 또한 메르스는 폐렴 증상과 같은 환자가 존재하고, 취약성이 있는 환자들이 많은 곳에서 주로 유행한다. 즉 의료기관이 주요 타깃이 될 수 있다. 우리나라에 낙타는 없으나 밀집된 의료기관은 병원군의 저장소 역할을 한다고 볼 수 있으므로 완벽한 방역체계를 갖추는 것이 필요하다고 할 수 있다.

2. 메르스 대응방안

메르스로부터 안전해지기 위해서는 기본적으로 모든 의료기관의 100% 음압병상 설치, 모든 호흡기 증상 환자의 선제격리, 환자를 처음 대면하는 별도의 공간 필요, 모든 의료기관 출입자의 통제, 모든 출입자의 명단 파악이 필요하다.

사실 우리나라 의료체계를 보면 장점이 많다. 보장적인 국가의료보험과 경쟁적 민간의료기관이 동시에 존재하며 이는 사회주의와 자본주의를 완벽히 합쳐놓은 듯한 이상적인 형태가 아닐까 싶다. 가장 높은 보장성과 효율을 자랑하는 의료체계였지만 순항하던 배가 암초를 만나듯이 고령화, 의료비 증가(증가율 OECD 1위), 장기요양에 대한 필요가 많아지고 있다.

더욱이 우리나라는 낮은 수가가 많은 양의 진료를 부추긴다. 또한 환자들의 의료기관 이용문턱이 낮기 때문에 환자들은 다양한 소비욕구에 따라서 의료기관을 쇼핑한다. 좁은 지역적 특성으로 인해 의료기관은 상가건물, 쇼핑센터, 주택가 어디에나 있다.

감염병 발생에 대비하려면 우선 선별진료 기능을 강화해야 한다. 선별진료실의 고유목적은 병원

으로의 유입을 차단하는 것이다. 감염병 유행단계에 따라서 개별병원이 각개 전투를 한다면 모든 병원이 음압컨테이너 진료에 필요해진다. 2009년 당시 경험을 돌이켜보면 대중적인 공포 때문에 감기환자까지 방문하여 하루 100~700명 정도 진료를 보는 부적절한 상황이 일어났다. 선별진료실이 우리나라 의료문턱 수준에서는 과잉진료를 초래할 가능성도 있다. 가장 바람직한 방법은 지역보건소가 선별진료실 기능을 하여 선별검사(PCR)를 감당하고 증상적 감염 의심환자는 가능한 의료기관으로 연계하는 것이 필요하다.

또한 각 병원별로 초진창구의 보호수준을 강화해야 한다. 음압 캐비닛, N95, 일회용 가운이 필요하다. 응급실은 충분한 공간의 개별음압이 되는 트리아지 진료소가 필요하고 응급실 내 파티션도 강화해야 한다. 최소한 노출 위험이 있는 응급실, 호흡기내과, 감염내과, 이비인후과, 가정의학과 외래 진료실의 음압공조 시설이 필요하다. 지역보건소가 선별진료 기능을 할 경우 입원실이 있는 의료기관의 1차 외래 진료를 차단해야 한다.

공공병원의 역할과 기능을 명확히 해야 한다. 기존의 시설은 급성과 만성에 구별되는 결핵에 최적화되어 있다. 하지만 메르스는 진단 5일만에

ARDS가 일어날 수 있기 때문에 단순히 음압병실만 있다고 진료가 가능하지 않으며 ICU Care ECMO까지 필요하다. 현재의 상태는 민간병원은 전문의료진, ECMO 등의 관류는 충분하고, 공공병원은 음압병실만 충분한 불균형의 상황이라 할 수 있다.

지자체별 진료협력센터가 필요하다. 국가는 민간자본의 의료기관에 모든 방역을 맡기고 있다. 보건당국은 최소한 진단, 확진과 동시에 치료할 병원을 안내하고 중환자실 환자의 이송을 총괄하는 환자 이송에 대한 허브 역할을 해야 한다. 개별병원의 가용병실 상황도 파악하는 역할도 해야 한다.

3. 종합

정리하면 보건소와 지역보건당국은 전염병 유형 확산시기에 선별진료 기능에 집중해야 한다. 지자체 공공병원은 음압병실 뿐 아니라 상당수준의 중환자 전문의를 둔 치료를 할 수 있어야 한다. 민간 대학병원 및 상급의료기관은 중증도가 있는 중환자 일부를 선별 진료할 수 있도록 시설과 보호장비를 지원해야 한다.

공중보건 위기관리 대응과 소통체계 구축

| 최재욱 대한의사협회 의료정책연구소장

1. 위기관리를 위한 소통과 전략

1) 위기관리와 소통

위기관리(risk management)에서는 위기커뮤니케이션(risk communication)과 함께 risk/hazard identification을 핵심적인 요인으로 이야기하고 있다. 특히 오늘날 커뮤니케이션의 중요성이 상대적으로 높아지고 있는 가운데, 커뮤니케이션이 되지 않을 경우 많은 혼란을 겪을 수 있다. 이는 국가감염병에도 마찬가지이며, 위기관리를 위한 소통 과정의 핵심은 위험에 대한 모든 이해관계자들이 참여해서 의견을 교류하고 논의하는 것이다.

국민과의 위기관리 소통에서 실패하면 우리가 예상하지 못했던 많은 문제점들이 발생하고 국가적 손실로까지 이어진다는 것을 과거의 경험을 통해 확인했다.

2) 위기에 대한 인식

위기(또는 위험)에 대해 전문가와 국민의 인식

에는 차이가 있다는 점을 주목해야 한다. 전문가는 사실에 근거하여, 국민들은 가치(정서적인 부분)에 근거하여 위기를 평가하기 때문이다. 따라서 Peter Sandman 교수는 전문가와 국민 간 위기에 대한 인식방법의 차이를 명확하게 이해하지 못하게 될 때 상당히 많은 문제점들이 발생한다고 하였고, 실제로 국민과 위기에 대한 소통이 되지 않았을 경우 분노(outrage)를 유발하게 된다는 연구결과를 제시하기도 하였다. 국민에게 위기는 위해(hazard)와 분노가 합쳐져 인식될 뿐 아니라, 대중들의 우려와 실제 위해 간의 상관관계 역시 ± 0.2 수준으로 낮았다. 이는 곧 위기에 대한 과학적 사실과 대중의 인식 정도는 차이가 있다는 것을 의미하며, 향후 위기관리 소통 시 대중과 전문가 간 위기에 대한 인식차이를 고려하는 것이 핵심이라 할 수 있겠다.

3) 위기커뮤니케이션 유형과 전략

위기커뮤니케이션의 유형은 위해와 분노의 정도에 따라 크게 4가지로 나타난다. 가장 기본적인

로 위해와 분노의 수준이 낮을 때는 PR(public relations)방법으로 위기에 대한 커뮤니케이션을 할 수 있고, 위해는 높는데 반해 사람들이 관심이 없는 부분에 대해서는 사전예방적인 원칙(pre-caution advocacy)을 강조해야 한다. 위해는 높지 않으나 대중들이 분노가 폭발적인 경우 분노를 조절해줘야 하며, 마지막으로 분노와 위해의 수준이 모두 높은 상태에서는 crisis/emergency communication이 필요하다.

현재 우리나라는 위해와 분노가 모두 높은 수준으로 위해와 분노를 모두 관리하는 crisis/emergency communication 전략이 필요하다. 위해와 분노가 높은 상황에서 대중들이 느끼는 분노의 대부분은 두려움 수준이며 이를 이겨낼 수 있는 환경을 조성해 주어야 한다. 지나친 확산보다는 딜레마의 공유, 인간적인 접근과 감정이입, 위기 시 해야 할 일과 불확실성을 명확히 알려주어야 한다. 주목해야 할 점은 아직은 분노의 수준이 공포와 불안감 정도이며, 정부나 의료계 등으로 직접적 영향을 주지 않고 있다. 다만 조심해야 할 것은 위기에 대한 분노가 특정 대상으로 표출될 경우 이에 대해 분석하고 의료계나 정부 측에서 대안을 마련해야 할 것이다.

2. 미국과 한국의 위기커뮤니케이션 비교

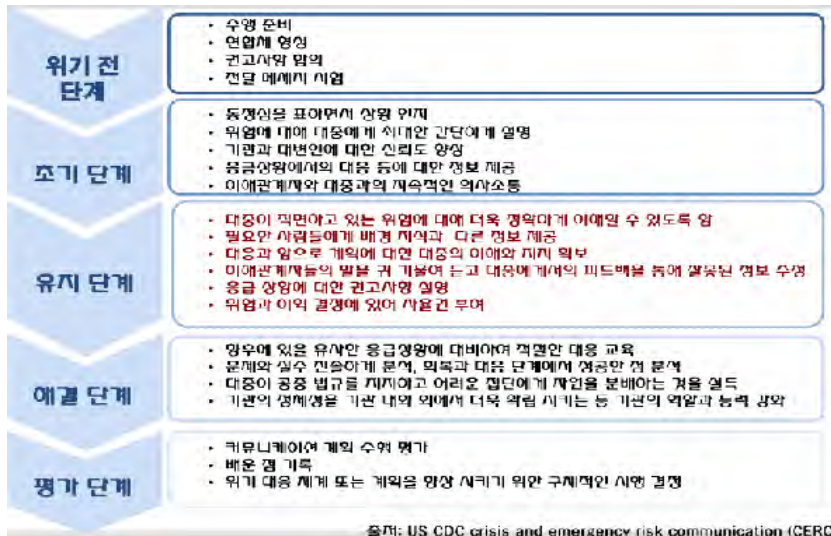
1) 미국의 위기커뮤니케이션

미국 질병관리본부에서 제시하고 있는 위기커뮤니케이션 매뉴얼에는 위기관리 시 필요한 6가지 원칙을 포함하고 있다. 첫째, 'Be First(신속성)' 위기는 시간적으로 가장 예민하기 때문에 가장 먼저 정보를 소통하고, 신뢰할 만한 정보를 토

대로 국가가 나서서 먼저 소통해야 한다. 둘째, 'Be Right(정확성)' 제공되는 정보는 정확해야 한다. 다만, 불확실성에 대한 정보도 함께 제공되, 불확실성에 대한 다양한 시나리오와 대안을 제시하고 대안에 대해 국민들에 부탁할 내용을 소상히 설명해야 한다. 셋째, 'Be Credible(신뢰성)' 솔직함과 진실함은 어떤 위기상황에서도 타협되어서는 안 된다는 점 또한 강조하였다. 넷째, 'Express Empathy(교감과 위로)' 국민들이 표현하는 불안감을 무시하거나 비난하지 않고 직접적인 말로 위로와 교감을 함으로써 소통이 가능하다. 다섯째, 'Promote Action(행동지침)' 분노를 진정시키기 위해 사람들에게 의미있는 일(meaningful things)을 주는 것은 질서를 회복하는 데 이바지할 뿐 아니라, 회복된 통제력을 촉진시킨다. 여섯째, 'Show Respect(존중)' 사람들이 취약하다고 느낄 때 존중을 드러내는 커뮤니케이션은 특히 중요하고, 협동과 관계형성을 촉진한다.

2) 한국의 위기커뮤니케이션 : 메르스 사태에 적용

미국 질병관리본부에서 제시하고 있는 위기커뮤니케이션의 6대 원칙에 기반하여 우리나라 메르스 사태를 돌이켜보면, 신속성과 신뢰성 측면에서 병원정보에 대한 뒤늦은 공개 등과 더불어 정부에 대한 신뢰가 감소하는 결과가 나타났다. 정확성 측면에서 ① 밀접접촉자의 범위를 미국 질병관리본부의 매뉴얼에서 '2m 이내 접촉'뿐 아니라 '보호장비 없이 장기간 입원실 또는 같은 치료 공간 내 머무른 의료진이나 가족들'로 제시하였으며, 이 내용이 국내 매뉴얼 3-1판(5월 26일 개정)에 반영되었음에도 불구하고 의료기관에 전파되



지 않았다. 밀접접촉자에 대한 관리방법 또한 자세히 설명되어 있지 않았다는 문제가 확인되었고, 이와 동시에 불필요한 논란(공기감염성 또는 공기 전파가능성)이 가열되었다. ② 병원 내 공기전파 가능성과 관련된 논란에 대해 미국 질병관리본부에서 발표한 보고서(2015.6.12.)에서는 병원 내 메르스 환자 관리와 더불어 ‘표준(standard), 접촉(contact), 공기매개 주의(airborne precaution)’를 포함한 감염예방 방법을 권고하였고, 이를 의료제공자들이 준수해야 한다고 강조하였다. 공기감염가능성에 대한 부분은 소통에 실패한 사례로 볼 수 있다. 마지막으로 존중을 드러내는 커뮤니케이션 측면에서 우리나라는 오히려 메르스 유언비어 유포자를 엄중 처벌한다는 내용의 대응방식이 이루어졌고, 메르스 환자(또는 격리자)에 대한 낙인효과와 같은 문제가 발생함으로써 위키커뮤니케이션이 실패한 것으로 지적되고 있다.

3) 위기상황 단계별 위키커뮤니케이션

미국 질병관리본부에서는 커뮤니케이션 생애주기를 구분하고, 각 위기상황의 단계별로 커뮤니케이터가 준비해야 할 구체적인 정보를 제시하고 있다. 현재 우리나라는 유지단계에 해당하며, 이 단계에서는 ‘대중이 직면하고 있는 위험에 대해 더욱 정확하게 이해할 수 있도록 정보를 제공하는 것, 필요한 사람들에게 위기상황에 대한 배경과 모든 정보를 제공, 대응과 복구계획에 대한 이해와 지지를 확보, 청중과 이해관계자들의 피드백에 귀 기울이고 잘못된 정보를 수정, 긴급 권고사항을 설명 그리고 위험/편익 결정에 대한 자율권 부여’하는 활동을 해야 한다.

3. 향후 메르스 위키커뮤니케이션 전략

향후 메르스 사태에서의 위키커뮤니케이션 방향은 대중의 분노를 관리하는 전략으로 가는 것이 중요하다. 분노를 관리하는 전략이 필요한 상황은 위해수준은 낮은 데 반해, 국민 다수가 상당히 분

노에 차 있는 상태이다. 분노를 감소시키기 위해서는 경청, 인정, 사과하고 권한과 신뢰를 공유하는 등의 방법이 필요하다. 앞으로 이러한 대중들의 분노를 감소시키기 위해서는 다음의 6가지 주요 전략을 적용할 수 있겠다.

① 중도를 지켜라. 예를 들어, 공기감염에 대해 ‘공기감염 없다’ 또는 ‘2미터 이내 밀접접촉에 의한 전파이다’와 같은 단순 메시지보다는 중도를 지키는 입장을 가지고 국민과 커뮤니케이션이 이루어졌다면 분노를 감소시킬 수 있었을 것이다.

② 과거의 실수나 잘못된 관행을 인정하라. 정부의 ‘메르스 병원 공개시기’의 적절성에 대해서도 잘못을 인정하고 신속하게 국민들에게 사과를 해야 한다. 삼성서울병원의 사례를 살펴보면, 이 재용 회장이 잘못을 인정하고 대국민 사과를 한 이후 대중들의 인식에도 변화가 있었다.

③ 현재의 문제점을 인정하라. 정보를 누락, 왜곡 또는 조작하는 것은 명백한 거짓말 못지않게 신뢰도를 떨어뜨릴 것이다. 신뢰성을 회복하는 유일한 방법은 그 문제를 해결하기 이전에 문제를 인정하는 것이다. 문제점을 덮고 지나친 낙관주의로 상황을 진행하는 태도로 문제를 해결해서는 안 되며, 더 이상 반복된 실수를 하지 않도록 해야 한다.

④ 겸손하게 성과에 대해 이야기하라. 아마도 사람들은 규제당국 등이 강요할 때까지 변화하지 않으려고 저항하게 될 것이다. 이 때, 잘못을 행한 후에라도 상황에 대해 서슴지 않고 그대로 이야기해야 한다. 다만 정부의 특정 행위가 선한 의도에 의한 것이라고 말하는 것은 회의주의를 유발하게 된다. 따라서 겸손한 자세로 성과에 대한 논의를 해야 한다.

⑤ 권한을 공유하고 책임감을 가져라. 분노가

높아질수록, 통제범위에 머물고자 사람들의 의지는 더 줄어들 것이다. 권한을 다른 곳에 둘 방법을 찾아야 한다. 이러한 측면에서 지자체와의 협조와 더불어 국민을 포함한 이해관계자들과 권한 및 책임을 나누어 가져야 한다.

⑥ 말로 표현되지 않은 우려사항과 숨겨진 의도(underlying motive)에 주목하라. 생각만하고 말로 표현되지 않은 우려사항들의 대부분은 문제를 일으킨다. “누군가 그것에 대해 걱정하고 있는 건 아닌지 궁금합니다”와 같이 이러한 우려사항들을 교묘하게 표면으로 드러내야 한다. 그리고 분노와 위해보다는 이해관계자들의 동기(이데올로기, 보복성, 이기주의, 욕심)를 진단해야 함을 명심해야 한다.

4. 결론

마지막으로 위기소통과 관련하여 참고할만한 점으로서, 영국의 보건부에서는 outbreak team을 구성할 때 기본적으로 소통 담당자를 포함시킨다. 소통 담당자는 단순한 대변인으로서의 역할을 하기보다 위기관리소통을 전담하는 사람으로서 위기관리와 관련된 모든 대외적인 업무 전반에 대해서 잘 이해하고 있어야 한다. 우리나라도 이와 같은 부분에 대한 보완을 통해 위기관리 시 소통이 잘 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다. 참고로 현재 우리나라의 2014년 감염병 위기관리 표준매뉴얼에 의하면, 공보지원반 활동으로서 대변인을 지정하도록 되어 있으나 구체적인 역할이 명시되어 있지 않다. 따라서 향후에는 영국의 사례에서 본 것처럼 위기관리소통 전문가가 참여하는 것이 바람직하다고 생각한다.

지정 토론

이번 메르스 사태는 많은 sector가 거미줄처럼 연 관되어 있어 다각적인 측면에서 접근하여 해결점을 찾아야 하고, 그런 점을 고려할 때 오늘의 토론회는 중요한 자리라고 생각한다.

1 이지영(대한감염관리간호사회 부회장)

메르스 사태는 국가방역과 더불어 원내감염의 중요성을 깨닫는 중요한 계기를 마련했다. 국가에서 질병관리본부가 방역을 담당하고, 의료기관에서는 감염관리실이 동 역할을 담당하고 있다. 감염관리실 간호사들이 이번 메르스 사태 동안 많은 어려움을 겪고 있을 뿐 아니라, 일선에서 많은 노력을 기울이고 있다. 오늘 이 자리에서는 감염관리와 관련하여 주요 세 가지 측면을 말씀드리겠다.

첫 째는 의료기관 내 감염관리부서에 관한 것이다. 의료법상 200병상 이상의 중환자실을 두고 있는 병원급 의료기관의 장은 감염관리를 위해서 감염관리위원회, 감염관리실, 전담직원을 두도록 규정하고 있다. 해당 기준을 충족하고 있는 병원은 현재 약 300곳 정도이다. 규정에 따르면 200병상 미만인 의료기관 또는 200병상 이상이라도 중환자실이 없는 의료기관에는 법적으로 감염관리실을 둘 이유가 없는 상황이다. 따라서 메르스 사태와 같은 대규모 감염병 발생 시 의료기관에서 적절히 대처할 수 없는 상황이라고 볼 수 있다. 그러므로 환자와 직원들의 안전을 위해서 병원급 이상의 모든 의료기관은 규모와 관계없이 감염관리위원회, 감염관리실을 두고 전담직원을 배치해야 하고, 이를 통해 향후의 유

사문제 발생 시 적극적이고 효율적으로 대처할 수 있을 것이다.

둘 째, 감염관리실 인력과 관련해서 현재 의료법에는 배치에 대한 규정만 둘 뿐, 업무기간이나 자질 요건 등에 대한 명확한 기준이 명시되어 있지 않다. 2013년 기준으로 병원 1곳당 평균 1~2명, 400병상당 1명 정도의 간호인력이 감염관리실에 배치되어 있다. 1976년 미국 연구에서는 206병상당 1명, 최근의 연구에서는 170병상당 1명의 감염관리 간호사를 배치해야 된다고 한다. 이에 비하면 한국은 현재 턱없이 부족한 인력을 보유하고 있는 실정이다. 일반 의료기관에서는 메르스와 같은 사태가 벌어질 경우 일시적으로 감염관리에 대한 훈련이 안 된 인력이 동원되고 있으며, 병원에서도 적절하게 인력지원을 하기에는 어려운 상황이다. 의료기관의 특성, 규모에 따라 원내 감염관리의 문제에 대응하는 데 있어 차이가 많이 나기 때문에 향후 적절한 인력 선정이 필요하다.

한편, 교육 측면에서 감염관리실에서 근무하는 인력들은 전문적인 지식을 필요로 하는데 현재 법에서는 교육이수시간(연간 16시간)에 대해서만 명시되어 있다. 교육의 내용은 기본적인 사항만을 다루며, 실무에 활용하기에는 충분하지 않기 때문에 감염관리업무 수행능력의 향상을 위해서 적절한 교육이 이루어져야 한다. 국내에서는 의료관련감염관리학회, 대한감염관리간호사회에서 교육을 제공하고 있지만, 수요에 비해 공급이 턱없이 부족한 상태이다. 향후 국가에서 의무적으로 전문인력의 교육·훈련을 위해

적절한 교육 프로그램을 개발하여 지원해야 한다.

마지막으로 작은 병원이나 의원급에서는 감염관리실을 둘 수 없는 현황이다. 따라서 작은 규모의 의료기관에서 감염관리에 대비하기 위해 국가에서는 자문시스템과 이를 운영할 수 있는 조직을 만들어야 한다. 이를 통해 실제로 감염관리실이 필요한 병원에 도움을 줄 수 있는 운영체계를 구축하여 효과적으로 대비할 수 있어야 한다.

감염관리를 잘 하려면 수가가 중요한데, 감염관리에 필요한 비용(방호복, 장갑 등)은 환자들의 수가에 포함되어 있지 않다. 큰 규모의 병원을 기준으로 할 때, 인건비를 포함하여 감염관리에 드는 비용은 몇 억 원에 이를 정도로 많은 비용이 소요되는 실정이다. 이를 국가에서 지원해주지 않는다면 어떤 의료기관도 감염관리 업무에 선뜻 참여하기 어려울 것이다. 법적 지원 못지않게 재정적인 지원도 중요하다고 할 수 있겠다. 그러나 이러한 부분들이 해결되지 않는다면, 앞으로 감염관리에 있어 큰 장애요인으로 작용하게 될 것이다.

Ⅰ 이원철(좌장, 대한의사협회 부회장, 대한의학회 부회장)

오늘 발표 내용에 대해 코멘트 주시기 바랍니다.

Ⅰ 신영수(대한의사협회 회원, 개업의)

살균에 대한 부분이 누락된 것 같다. 질병관리본부와 보건복지부의 지침(5월26일자)에서 권고하고 있는 살균소독제의 종류가 명확하지 않다(동 자료의 앞 부분과 뒷 부분에 제시된 살균소독제의 종류가 다름). CDC 등 외국의 지침 등을 참고하여 살균소독제에 대한 올바른 지침을 제공해야 할 것이다.

Ⅰ 이지영(대한감염관리간호사회 부회장)

메르스 이후 간호사들이 가장 궁금해 하는 것 역

시 소독에 관한 것이다. 현재 지침에 나와 있는 소독약의 경우 충분히 살균력이 있는 소독제가 들어있기 때문에 병원에서는 국가지침에서 제시하고 있는 것으로 살균을 하고 있는 것으로 안다. 문제는 감염관리간호사들이 없는 곳에서는 이러한 정보가 일관성있게 제공되고 있지 않고 의사소통, 네트워크가 되어 있지 않아 많은 간호사들이 혼란을 겪고 있다는 점을 함께 말씀드린다.

Ⅰ 김명성(의사협회 보험자문위원)

조류독감, 구제역 발생 시 해당 농가에서 신고하고 가축을 살처분·격리시킬 경우 보상금 등을 제공하고 있는 반면, 메르스 환자 발생 시 신고하고 환자를 격리·치료해야 하는 상황에서 정부는 의료기관에 책임을 전가하고 있는 실정이다. 메르스 환자의 치료에 의료진들이 집중할 수 있는 환경을 마련하기 위해 보상지원책이 잘 수립되어야 할 것으로 본다.

Ⅰ 박광식(KBS news 의학전문기자)

이재갑 선생님께 질문한다. 질문1) 현재 감염관리료의 수준이 얼마나 취약하고 얼마나 문제가 되는지, 그리고 감염관리료를 올린다면 어떤 부분에 투자해서 메르스 사태와 같은 문제를 예방할 수 있는지에 구체적인 답변을 원한다. 질문2) 감염관리에 있어 200명상 이하의 의료기관에는 감염관리실 설치 의무에 관한 규정이 없어서 문제가 된다는 것은 삼성의 사례를 보더라도 논리적으로 설명이 되지 않는다. 이에 대한 부연설명을 해 주시기 바랍니다.

김윤 선생님께 질문드립니다. 질문3) 간병문화의 개선 측면에서 포괄간호의 확대를 말씀하셨다. 간호인력의 풀이 부족한 상황인 가운데 확대 이후 상급종합병원으로 인력의 쏠림문제 발생가능성 그리고 이에 대한 대안에 대해 말씀해 주시기 바랍니다.

Ⅰ 이재갑(대한의사협회 신종감염병대TFT위원장)

질문1-답변) 호흡기 감염병에 대해서는 우리나라 의료체계가 취약한 상황임을 말씀드렸다. 호흡기 감염 증상이 있는 환자의 경우 격리비용이 전혀 책정이 되어 있지 않다. 2014년 9월부터 인플루엔자 의 심환자에 대한 급여가 인정되었으나, 추후 확진이 아닌 경우 삭감이 된다. 심평원의 엄격한 기준, 고 지식한 원칙들 때문에 의사들이 진료한 부분이 인정 되지 않는 상황이 발생한다. 병원의 규모와 무관하게 시스템적인 측면, 보험적인 측면의 개선과 더불어 환자와의 소통과 관련된 부분이 해결되지 않는다면, 향후 메르스와 같은 사태가 재발하더라도 이를 예방하기 어려울 것이다.

질문2-답변) 메르스의 특징때문이기도 하며, 우리나라 의료시스템이 메르스 자체를 감당할 만한 수준이 아니라는 점을 문제점으로 지적한 것에는 동의한다. 다만, 감염관리실이 네트워크의 허브가 될 수 있으므로 감염병 정보를 공유할 수 있게 된다. 이번 국내 메르스는 어쩔 수 없는 상황이었지만, 일반적으로 감염병에 대해서 감염관리실이 중요한 역할을 할 수는 있다.

Ⅰ 김 윤(대한의학회 기획조정이사)

질문2-답변) 어떤 일을 하는 데 있어 자원, 활동, 평가&인센티브 시스템이 있어야 한다. 따라서 이번 메르스 사태를 적용해볼 때, 감염관리실의 부재보다는 취약한 응급실의 구조와 응급실에서의 진료관행이 문제가 되었다고 볼 수 있다.

질문3-답변) 2015년-2016년부터 간호학과 졸업생이 약 2만 여 명 배출되는 것으로 알고 있다. 현재 병원에 근무하고 있는 간호사는 10~15만 명 정도 되며, 포괄간호 기준으로 간호사 정원을 늘리면 현재의 약 2배 수준이 될 것이다. 국내 모든 의료기관에서 포괄간호서비스를 시행할 경우 약 20만 명 정

도의 간호사가 필요하게 될 것으로 추정된다. 따라서 현재 인력 수를 기준으로 할 때 추가적으로 10~15만 명이 필요하며, 현재 배출되는 졸업생 수를 감안한다면 5년 정도의 시간이 더 필요하다. 그러나 모든 의료기관에서의 의무사항이 아니며, 정부가 정한 기준을 충족한 병원이 받을 수 있는 수가와 연계된 문제이며, 수가의 수준이나 기준을 어떻게 정하느냐에 따라 시장에서 간호사의 수요를 결정하게 될 것이다.

Ⅰ 염호기(인제대 호흡기내과 교수)

우리는 현재 현상과 원인을 착각하고 있는 것 같다. 지적하는 부분에는 다 동의하지만, 그 부분을 교정한다고 하더라도 동일한 사태가 재발되지 않을 것이라고 단정 지을 수는 없다. 실제로 지적한 문제의 근본원인을 탐색하고 교정해야 하는데, 이를 위해 비용이 얼마나 들 것인지 궁금하다.

Ⅰ 최재욱(대한의사협회 의료정책연구소장)

현 시점에서 총괄적인 비용의 추정은 어렵다. 다만, 병원 내에서의 감염관리 역량에 관해서는 시설, 인력, 조직, 문화 등에 대해 포괄적이고 다각적인 변화가 필요하다. 이재갑 교수님의 발표에서 언급되었듯이, 한 개 병원에서의 감염관리 역량의 효과는 실제로 6-7년 후에나 나타난다고 하셨다. 국가 차원에서는 더 많은 시간이 소요될 것이다. 따라서 전반적인 문제 해결을 위해서는 종합적이고 장기적인 플랜이 필요하다는 점을 강조한다. 비용 측면에서는 향후 건강보험재정에서 해결할지 여부를 결정하는 등 추후 고민해야 할 부분이다.

Ⅰ 이원철(좌장, 대한의사협회 부회장, 대한의학회 부회장)

슈퍼전파자들(super-spreader)에 관해 자주 언

급이 되고 있는데, 이와 관련된 말씀을 해주십시오.

Ⅰ 기모란(대한예방의학회 메르스위원장)

환자의 질병상태와 전파 당시 병원과 응급실의 상황이 super-spread event를 일으키는 상황이 되는 것이지, 개인이 가지고 있는 바이러스가 특이적 이어서 나타나는 상황이 아니다. 따라서 개인에게 책임을 전가하는 것은 바람직하지 않고, 오히려 문제를 해결하는 데 있어 역효과가 날 수 있는 부분이다. 향후에도 개인에게 책임을 전가하는 식의 보도나 태도는 지양하는 것이 좋겠다.

Ⅰ 김 윤(대한의학회 기획조정이사)

비용 문제에 관해 말씀드리겠습니다. 작년 말 기준으로 건강보험 후자가 12조에 달한다. 문제는 현재 시스템이 효율적이지 않을 뿐 아니라 고부가가치의 시스템이 아님을 잘 알고 있고, 이 시스템을 구조조정하는 데에는 큰 비용이 소요될 것이다. 메르스 사태를 계기로 우리나라 의료시스템이 안고 있는 구조적인 취약성을 극복해야 하는 가운데, 건강보험이 가지고 있는 후자 12조를 구조조정에 사용하는 것은 고부가가치의 효율적인 시스템을 위해 충분히 가치 있는 일이라 생각한다. 현재 시스템을 그대로 유지할 경우, 5-6년 이후 의료비 지출 수준은 OECD 평균에 도달할 것이고, 그 상황에서 GDP의 10%를 의료비에 투자하면서 구조조정을 위해 추가적으로 몇 조의 비용을 더 쓴다는 것은 사회적으로 감당하기 어려운 일이 될 것이다. 따라서 우리나라 의료체계를 구조조정하기에 지금이 적기라고 본다.

Ⅰ 이정주(아주경제 기자)

질문1) 메르스 사태에서 질병관리체계의 문제점이 지적되었고, 정부가 이를 개편하겠다고 언급한 바 있다. 그러나 과거에 매뉴얼이 이미 있었고, 이

를 없앤 것으로 알고 있다. 그렇다면 전문가 입장에서 질병관리체계는 어떻게 개편해야 하는 것인지, 기존의 매뉴얼에는 어떤 문제가 있다고 생각하는지 궁금하다. 질문2) 자가격리는 국가의 대원칙 하에 개인에게 협조를 구하는 형태이며, 국가가 강요할 수 있는 사항은 아닌 것으로 알고 있다. 메르스 환자, 격리자에 대한 개인 책임 전가 사회분위기가 형성되고 있는데 이에 대한 기모란 교수님의 의견을 듣고 싶다.

Ⅰ 천병철(고려대학교 의과대학 교수)

질문1-답변) 생물학적 재난 또는 이에 준하는 문제가 발생했을 경우, 평상시 국가의 거버넌스, 대응 체계에 관해 매뉴얼을 가지고 있어야 하고 매뉴얼 내용은 충분히 교육·훈련되어 있어야 의미가 있다. 선진국들의 매뉴얼들은 중앙정부의 각 부처(보건복지부, 교육부, 국방부 등), 중앙정부, 지방자치단체들이 해야 할 역할들이 매우 상세하게 기술되어 있고, 이를 늘 훈련한다. 실제 상황이 발생했을 때, 대책본부가 우후죽순으로 생겨나지 않는다. 그러나 우리나라에서는 대책본부 역할을 하는 기구가 여러 개 생겨나고 실무를 담당할 기구는 적어 오히려 비효율적이고, 서로 갈등이 표출되는 상황이 발생하였다. 질병관리에서 가장 중요한 거버넌스는 질병관리본부이고 재난 상황이 발생했을 때 중심역할을 해야 하는데, 실제로 그러하지 못했다. 2003년 사스 이후 만들어진 질병관리본부의 조직, 인력은 15년이 지난 지금 시점에도 변화가 없다. 질병관리본부가 충분히 중심을 잡았다면 지금과 같은 큰 사태가 발생하지 않았을 것이다. 사태발생 이후 질병관리본부를 중심으로 대책본부들이 활성화되고 충분한 거버넌스가 만들어졌다면, 지금과 같은 갈등구조는 없었을 것이다. 이번 기회에 우리나라 방역체계에서 기본적인 조직, 인력, 전문성을 충분히 갖춘 기구가 필요하다

는 것이 명료해졌다. 또한 단순히 외국의 것을 모방하지 않고 우리나라 현실과 조직, 시설, 인프라에 맞는 구체적인 매뉴얼이 만들어져야 한다. 다만 그것이 훈련되지 않는다면 매뉴얼이라고 할 수 없다. 질문2-답변) 자가격리에 관한 매뉴얼 또는 관련 대비가 충분히 되어 있지 않았다. 자가격리자 등에 대한 심리적 치유, 사회적인 낙인 문제 해결 등에 관한 사후관리가 필요할 것이다.

Ⅰ 최재욱(대한의사협회 의료정책연구소장)

의사협회는 공식, 비공식적으로 상담콜센터를 메르스 초기단계부터 운영해 왔고, 자가격리 대상자들 또는 그 가족들을 지원하기 위한 활동을 해 왔다. 또한 그들에 대한 후속적, 다각적 지원 방안을 고심하고 있으며, 대한정신건강의학회와 함께 공동으로 심리상담도 진행하고 있다.

Ⅰ 의학회 부회장&대의원회 부의장

메르스 사태의 발생 원인은 우리나라가 경제발전, 의료산업발전, 기술이 선진화되었으나 공공보건의료분야에 대한 충분한 준비가 되어 있지 않았

기 때문이다. 소통이 중요한 가운데 국민들의 화를 경감시키고 향후 좋은 방향으로 대책을 세울 수 있도록 오늘 참석하신 언론관계자들이 객관적 입장에서 토론회의 내용을 잘 전달해 주기를 바란다. 메르스 환자 치료 현장에서 어려움을 많이 겪고 계시는 의사 등 의료인들에게도 격려와 위로를 제공해 주기를 바란다.

Ⅰ 이강현(대한응급의학회 이사장)

근본적 문제를 해결하고 시스템을 제대로 갖추기 위해서 백서 작업을 위한 준비가 필요하다.

Ⅰ 김숙희(서울시의사회장, 대한의사협회 부회장)

이번 기회를 통해 대한민국 의료인들이 메르스 전문가로서 발돋움할 수 있는 계기가 되면 좋겠다.

Ⅰ 이원철(좌장, 대한의사협회 부회장, 대한의학회 부회장)

고무적인 발언 감사한다. 오늘 발제해 주신 모든 분들께 감사드리며 토론회를 마친다.

〈정리 : 이정찬 의료정책연구소 책임연구원〉



지상중계

Post MERS 대책마련을 위한 대한의사협회·대한의학회 공동 토론회 Ⅱ

★ 주제발표자료 생략

일시 : 2015년 6월 25일(목) 14:00

장소 : 대한의사협회 3층 회의실

주최 : 대한의사협회 의료정책연구소

좌 장	이윤성 (대한의학회 회장)
주제발표	<ol style="list-style-type: none"> 1. 메르스의 면역학적 이해와 대응 신의철 (KAIST의과학대학원 면역 및 감염질환연구소) 2. 메르스 사태에서 배운 신종감염질환 대응을 위한 장기적 대책 이재면 (연세대학교 의과대학 미생물학교실) 3. 바이러스 특성부터 진단과 감시까지 - 임상미생물학자의 역할 이혁민 (가톨릭관동대학교 국제성모병원 진단검사의학과) 4. 신종감염병에 의학 공중보건위기를 대비한 검사실 대응 네트워크 김미나 (서울아산병원 진단검사의학과) 5. MERS 유행의 교훈: 신종감염병에 대처하려면 무엇을 개선해야 하나? 김홍빈 (분당서울대학교병원 감염내과) 6. 의료기관 내의 급성 호흡기 감염성 질환 대처 유광하 (건국대학교병원 호흡기내과) 7. 중증 감염 환자 관리 시스템 서지영 (성균관대학교 삼성서울병원 중환자의학과) 8. 응급실에서의 감염 환자 진료 및 관리 이강현 (연세원주대 원주세브란스기독병원 응급의학과)
종합토의	엄 중 식 (한림대학교 강동성심병원 감염내과)

지정 토론

I 질의자(미상, 연세의대 진단검사의학과)

질문보다는 코멘트를 드리고 싶다. 첫 번째는 김홍민 발표자의 내용 중 질병관리본부가 감염질환진단을 위한 역량을 강화해야 한다는 의견을 주셨고, 진단검사의학과에서도 많이 느끼고 있다. 내부 논의에서 ‘질병관리본부는 의료법을 어기고 있다’라는 의견도 나왔다. 질병관리본부에서 감염을 진단하는 과정들이 병원에 적용되는 법과는 다른 시스템에서 움직이고 있다. 한마디로 ‘탈법, 불법이다’라는 이야기가 있다.

I 좌장 이윤성(대한의학회장)

그 말씀은 지금 질병관리본부에서 검사하지 말아야하고 병원에서 해야 된다는 것인가?

I 질의자(미상, 연세의대 진단검사의학과)

그런 뜻이 아니다. 같은 법에 같은 규제(regulation)를 받아야 하지 않는가라는 것이다. 다 합법화하고 있는데 불법이며 검사가 다 불법이 되는 것이다. 이와 같이 앞뒤가 맞지 않는 시스템이 운영되는 상황이니 김미나 발표자의 말씀처럼 긴급허가제도 같은 체계가 빨리 도입되어야 하고, 질병관리본부의 연구기관 및 기능 그리고 진단기능이 독립되어 운영되어야 할 것이다.

두 번째로 서지영 발표자가 말씀하신 병원의 control tower에 이번 세브란스에서는 병원장님 주도하에 응급의학과에서 중요한 역할을 해주었다. 그리고 그 모든 격리해지를 결정하는 데이터는 진단검

사의학과에서 긴급하게 만들었던 기억이 생생하다. 향후 병원 안에 control tower를 만들 때 그런 핵심 부서들이 포함되었으면 좋겠다.

세 번째는 우리나라 사람들이 있는데 딱 49일 걸린다는 통계가 있다고 한다. 발표에서 보여주신 자료와 같이 손명세 교수님의 자료가 잘 되어 있는데 불구하고 5년동안 결국 개선된 바가 없다는 자성이 일고 있다는 것은 우리가 투자를 해야 된다는 이런 목소리들이 아마 45일정도 남지 않았을까하고 생각한다. 이번에는 45일 안에 이런 일이 없도록 하는 계기가 되길 바란다.

I 질의자2(김숙희, 서울시의사회장)

저는 여러 토론회와 공청회에 희망이 있을 것이라는 기대로 다녔다. 오늘도 상당히 열심히 발표하셨지만 기대보다는 냉소적이지 않았나하고 생각한다. 이번을 계기로 대한민국이 메르스 강국이 되리라 생각했다. 하지만 김미나 발표자에 내용에 따르면 검체 보존은 커녕 우리가 무엇을 거기서 얻을 수 있을지 상당히 우울한 생각이 든다. 그리고 또 하나 우리 의사단체에서 정부에 요구하는 여러 사항이 있다. 오늘도 똑같이 나왔다. 정부에서 돌아보지 않고 해결해주지 않으면 하나도 해결될게 없다는 사실이다. 이 문제의 해결책을 위한 공청회가 필요하고 해답을 줄 수 있는 사람이 참석해야 한다. 헌데 그 답을 제시할 수 있는 사람은 우리의 소리를 외면하는 것인지 듣고 있지 않는 것 같다.

김미나 발표자에게 검체에 관한 질문을 드리고

싶다. 검체가 남아있는지 그리고 사망환자 부검 여부 및 검체 채취 유무 등과 관련하여 질병관리본부의 문제 즉 검체 보관과 관리에 대해 답변 부탁드린다.

Ⅰ 주제발표자 김미내(서울아산병원 진단검사의학과)

Autopsy는 아직까지 세계적으로도 없다. 우리나라의 경우 사망자가 발생하면 화장을 하게 되어 있고, 보건복지부에서 한 case를 준비했다고 들었으나 그 뒤 진행사항은 모른다. 그리고 검체는 보관의 문제가 아니라 검체 채취부터 체계적이지 않았으며 문제는 사후 정산 시스템에 있다. 현재 진단검사의학에서 원하는 만큼 검사를 할 수 있는 상황이 아니기 때문에 실제 WHO나 CDC와 같이 잘 알려지지 않는 바이러스를 여러 기관에서 다양한 검체를 모아서 가능한 모든 검사를 할 수 없는 굉장히 제한적인 상황이었다.

Ⅰ 질의자3(조현호, 대한의사협회 의무이사)

한가지 부탁을 드리려고 한다. 이번 메르스 환자 발생이나 경유한 의료기관을 보면 병원급 37곳, 의원급 59곳이다. 병원 내에서 환자가 발생한 경우도 있지만 병원 내 격리자가 아닌 자가격리자, 능동감시자들이 지역사회에 있다 결국 증상이 나타나서 지역내 의료기관 특히 의원에 내원하여 많은 환자가 발생하게 된다. 질병관리본부와 보건복지부의 대응 지침이 제시되었으나, 문제는 막상 제 2의 메르스 환자가 발생하여 의원급 의료기관에 내원했을 때 실제적으로 어떻게 대처해야 되는지 지침이 구체적으로 마련되어 있지 않다.

위험지역을 여행한 과거력, 증상여부, PCR 검사에 따른 체계가 되어 있지 않아 의원급 의료기관에 내원하면 격리시설과 응급실이 없기 때문에 병원 내 진입을 시켜야 할 지 말아야 할지부터 구체적인 가

이드라인이 마련되어야 한다. 그 가이드라인이 선별진료소라는 개념으로 보건복지부에 건의했지만 실제적으로 구체적인 가이드라인이 없다.

이 문제는 앞으로 사태가 발생할 때 제일 먼저 일선에서 의료기관이 대응해야 할 방식이 전혀 체계화되어 있지 않다는 점이다. 그리고 59개의 병·의원급 의료기관이 보건소 정식 명령 또는 자의적 선택에 의해 휴업을 하였다. 그러나 결과적으로 의원급 의료기관은 보상에 있어 제외된다는 말이 있다. 의견의 요지는 대한의사협회와 대한의학회 토론회를 마련한 자리에서 의원급 의료기관에 대한 앞으로 제 2의 메르스 의심환자 내원 시 확실한 가이드라인 마련과 그에 의해 행동하였을 때 의사 격리에 대한 개념 그리고 보상에 대한 개념을 확실히 마련해야 된다고 말씀드리고 싶다.

Ⅰ 질의자4(신재승, 대한흉부외과학회 총무/고려대 흉부외과)

감염내과 선생님들이 전국을 뛰어다니며 메르스 확산을 방지하기 위해 노력한 것은 모두가 다 알고 있을 것이다. 앞서 계속 언급된 국가감염병전문병원 설립에 대한 의견과 같이 감염내과에서 할 수 있는 것과 일반 환자가 아닌 중환자가 되었을 때 대처하는 것은 매우 다르다고 생각한다. 그래서 그와 같은 병원을 설립하더라도 시스템이 중요하다고 생각하며 의사를 수련해서 상주하게 하는 것은 의미가 없다고 생각한다. ECMO센터에 관한 논의가 발표에서 지속적으로 언급되었는데, 2주전 일본 ECMO학회에서 홍콩의 경우 2003년 SARS 발생 시 ECMO환자가 전원 사망하여 그 후 개선을 통해 조류인플루엔자 발생 시에는 70%이상 생존을 시킨 경험이 있다고 하였다. ECMO센터와 중환자 전문시스템 그리고 그 사이의 감염 예방 및 감염병 역시 개별적으로 진행되어야 한다고 생각한다. 이에 감염내과 소속이신

엄중식 토론자의 의견을 듣고 싶다.

Ⅰ 좌장 이윤성(대한의학회)

참고로 말씀드리면 국가감염병관리병원 설계예산은 국회에서 제외되었고 이는 설계할 계획이 없다는 것으로 판단된다. 만약 진행한다하더라도 평상시에는 일반병원(general hospital)로 운영되다가 응급사태 때 감염병원으로 전환(transfer)하는 개념일 것이다.

Ⅰ 토론자 엄중식(한림대 강동성심병원 감염내과)

사실 감염병 전문병원 설립의 아이디어는 감염학회에서 나온 것이 아니고 정부와 정치권에서 먼저 언급되었다. 단순히 메르스 환자가 해당 병원에 있다는 것으로 환자 수가 극감하고 병원의 기능 자체가 한쪽으로 집행되면서 정상적인 진료를 할 수 없는 상황이 벌어진다. 그렇기 때문에 방역체계와 연계해서 민간병원에 환자가 발생했을 때 쉽게 통제(control)과 관리(handling) 그리고 격리(isolation) 할 수 있는 상황이 아니라면 특정한 병원에서 치료를 할 수 있도록 특히 질환의 특성상 유행이 증폭되어 많은 환자가 대량으로 발생했을 때는 민간병원이 통제 할 수 없는 상황이 된다는 판단하에서 권역별로 3개 정도의 감염병 전문병원을 설치하자는 것이며, 이는 실제로 현재 민간병원 및 공공병원의 위치 또는 상황을 본다면 목적에 부합할 수 있는 좋은 환경이 마련되어 있지 않기에 새로운 틀이 필요하다고 생각하는 것 같다. 그런데 이러한 것은 신종 인플루엔자 때부터 이미 나왔던 것이고 그 동안 논의가 충분히 된 상태에서 시작이 이뤄져야 했을 시기인데 논의조차도 그 뒤로 이뤄지지 않았고 메르스가 유행하면서 다시 언급된 것이다. 그래서 이 부분에 대해 의료계 전반에 걸쳐 논의가 좀 더 구체적으로 진행이 된 다음에 결론을 내야 될 것 같다.

Ⅰ 좌장 이윤성(대한의학회)

감염병관리병원에 대해 제기된 의문은 평상시에는 일반병원(general hospital)로 운영하며 중환자 전문의사와 감염 전문의사가 몇 명 있을 것인데, 갑자기 감염병이 발생(out break)되어 그 병원의 기능을 전환하면 그때 의료진이 감당할 수 있을 것이라는 지적이 있었다.

Ⅰ 토론자 엄중식(한림대 강동성심병원 감염내과)

추가적으로 말씀드리면, 그래서 민관협력시스템이 중요하다. 예를 들면, 경기도의 경우 이번에 수원의료원을 소개하고 환자를 받았고 감염전문가나 그런 고도의 지식을 가진 의료진이 없어 2개의 병원에서 감염내과의사가 차출되어 협력한 것으로 알고 있다. 평소에도 이와 같은 민관협력시스템을 만들어서 훈련하고 응급상황에서 원활하게 도움을 주고받을 수 있는 환경을 같이 만들어야 될 것이다.

Ⅰ 질의자5(염호기, 인세대학교 서울백병원 내과)

임상 분야에 계신 토론자들의 의견을 듣고 싶다. 메르스 환자가 확산되고 있지만, 환자의 증상을 언론을 통해 일반 사람이 알고 있는 정도로 알고 있다. 헌데 오늘 X-Ray를 봐서 알겠지만, 호흡기 의사라면 그것이 전형적인 폐렴(viral pneumonia)가 아니라는 것은 누구나 알 수 있다. 이런 전문적인 정보는 공유할 필요가 있다. 의학회에서 오늘 이 자리를 주관하는 이유가 이와 같을 것이라 생각한다. 어떻게 한다면 전문적인 정보를 현장에 있는 의료진들에게 신속하게 공식적인 절차로 전달할 수 있을지 의견을 듣고자 한다.

Ⅰ 이혁민(가톨릭관동대 국제성모병원 진단검사의학과)

말씀하신 내용에 공감한다. 검사를 수행하기 위

해서는 필요한 정보들이 있다. 그런데 이러한 것들이 질병관리본부와 같은 기관과 정보교류가 빨랐더라면 굉장히 많은 도움이 되었을 것으로 생각한다. 질병관리본부에서 취합했던 정보나 전체 환자의 정보들을 메르스 유행을 따라가면서 시기적절하게 리뷰하고 대응해야 되는데 그런 프로세스가 전혀 없어 아쉬웠다. 즉각적인 대응도 필요하지만 각각의 포인트에 맞춰 축적된 자료를 분석하여 레퍼런스를 만들고 그에 맞춰 다시 전략을 세우는 프로세스도 필요하다. 또한 그 내용이 전문가 집단에 빨리 공개되는 부분도 있어야 한다.

Ⅰ 좌장 이윤성(대한의학회장)

실제로 환자를 진료하는 의사나 진료할 가능성이 있는 의사들에게 정보를 전달할 수 있는 시스템이 구축되었으면 좋다는 말씀인 것 같다.

Ⅰ 토론자 엄중식(한림대 강동성심병원 감염내과)

개인적인 견해지만, 유행 진행 과정에서 즉각적으로 정리를 해서 공유를 해야 하는 의학적인 정보가 있고 종료되고 나서 알 수 있는 정보들이 있다. 이번 유행에서는 병원 현장에서 해결되지 않는 문제들을 빠르게 대응하기 위한 의미에서 즉각 대응팀이 마련되어 6월 8일부로 업무를 시작하였다. 첫 느낌은 아무런 정리가 안됐다는 것이다. 역학조사관들이 각 환자마다 역학 데이터를 수집하고 매일 언론에 브리핑을 하는데, 정리가 하나도 되어 있지 않았다. 심지어 Epicover 하나도 만들어져 있지 않는 상태였다. 실제로 빨리 공유해야 될 것들이 많은데도 불구하고 일주일이나 지날 때까지 기초적인 자료를 정리하느라 시간을 허비하다시피 하였다. 그리고 나서 어떤 방식으로 병원에 퍼지며, 오염범위를 어떻게 측정하고 병원 내 전체를 폐쇄하는 결정을 내려야 한다는 것을 알기 시작했다. 그러니까 사실 이러한

부분이 특정한 학회가 맡아서 할 수 없다. 결국은 방역체계에 1차적인 책임이 있는 질병관리본부에서 해결해야하며, 앞으로는 방역체계가 단순히 전파를 막는 것을 떠나서 임상적인 데이터들을 빠르게 처리를 해서 공유하는 것까지 해결이 되어야 한다. 그리고 검체 처리도 다 같이 포괄적으로 논의가 되어야 할 것이다.

Ⅰ 질의자6(백현욱, 분당제생병원 내과)

좋은 말씀이다. 초반에 정보가 없다는 것이 가장 큰 문제이다. 처음부터 여러 가지 의미가 담긴 정보를 공유되어야 한다는 것에 전적으로 동감한다. 그 중에서 6월8일에서도 정리가 안됐고 그 뒤에야 병원 전체를 폐쇄해야 되어야 한다는 판단이 내려졌다는 것에 한마디 전하고자 한다. 분당제생병원은 지역사회 2차병원이며 650병상, 그리고 감염내과가 있으며 비교적 잘 운영되고 있다. 메르스 발생 30일이 지난 후에 감염내과에 이 질환에 대해 모르겠으니 공문이 있는지 문의했으나 2013년도에 한번 왔다고 했다. 그리고 다시 메르스 관련 내용이 내려진 것은 5월 29일 삼성병원에서 2번째 환자가 확진되고 처음 왔다. 그런데 30일 새벽 12시 15분에 열이 있는 환자가 내원했고 응급의학과 의료진은 의심스러운 증상이 발견되어 질병관리본부와 관련 병원에 알라본 후 30일 하루 동안 응급실 전체를 폐쇄했다. 이런 동일한 현상이 삼성병원에 29일 진단이 났을 때는 폐쇄 전혀 안했다. 굉장히 의문이다. 사실 30일은 토요일로 하루 동안 응급실을 폐쇄하는 것은 병원을 닫는 것이다. 그러나 과감히 폐쇄했으나 병원이 얻은 소득은 메르스 병원이라는 루머이다.

삼성병원에 계신 서지영 발표자께 여쭙고 싶다. 분당제생병원은 30일 폐쇄하고 질병관리본부에서 음성으로 판정받고 병원을 다시 운영했고 그 후 2~3번정도 응급실 더 폐쇄했다. 그런데 왜 삼성병

원 같은 굉장한 병원에서 2m이내 기준에 연연하여 응급실을 폐쇄하지 않고 감염환자가 많이 발생했는지 의문이 든다. 혹시나 아시는 분이 계신다면 의견을 꼭 듣고 싶었다.

| 주제발표자 서지영(성균관대 삼성서울병원 중환자의학과)

제가 병원을 대표해서 말씀드릴 수는 없다. 하지만 설명드릴 수 있는 것은 환자가 메르스 노출자인지 모르는 상태에서 노출된 사람들이 환자가 되었다. 그 이후는 발생하지 않았다. 대부분 그 시기 3일 간에 생긴 일이다. 폐쇄 절차에 관해서는 모르겠다.

| 좌장 이윤성(대한의학회장)

27~29일 그 3일에만 감염되고 그 이후에는 감염되지 않았다는 건가요? 삼성병원 감염자 중 비정규직이었던 분도 그때 감염된 건가요?

| 주제발표자 서지영(성균관대 삼성서울병원 중환자의학과)

1~2명이 조금 애매했다. 그 비정규직인 분도 그 기간에 응급실을 방문한 것이다. 그 다음은 의료진이 감염되었고, 여러 가지 이유가 있다. 갑자기 수십명의 환자와 그보다 더 많은 5~6배의 격리환자를 관리해야 한다. 그 정도의 상상하지 못하는 상황에서 진료에 임했다.

| 좌장 이윤성(대한의학회장)

메르스 첫 번째 환자를 잘 찾아낸 삼성병원이 4번 환자를 왜 오랫동안 방치했나요??

| 주제발표자 김미나(서울아산병원 진단검사의학과)

제 발표자로 첫 번째 슬라이스에서 나타내듯이 이미 2차 감염에 대한 발생(out break)이 주위단계인 수준에서는 일선기관에서 14번 환자를 검사하도록 해야 한다고 생각한다. 그 이후로 대부분은 반영되었다. 그러나 결론적으로는 그 단계에서 풀렸어야 한다.

엄중식 발표자가 말하는 것처럼 질병관리본부에 준비가 되어 있지 않은 것은 이 메르스에 모든 인력이 투입되었다. 그 중 검사 인력은 70명이 넘는다. 그러니까 국립보건원은 모든 파트가 마비되었다. 이런 일이 또 생겨서는 안 된다. 실제 일선 검사실에서 진단을 하는 업무에 모든 인력이 투입되어 업무량이 초과되어서는 안 된다.

| 좌장 이윤성(대한의학회장)

결과적으로는 문제가 있는 것처럼 보여도 그 과정에서는 각기 다른 이유가 있을 것이라고 생각한다.

이것으로 섹션을 마치고자 한다. 끝까지 자리해주신 여러분께 감사하다.

의료정책연구소 도서회원 가입 안내

1. 가입대상과 연간 회비

회원종류	일반회원	단체회원
가입대상	개인, 학생 등	단체, 도서관 등
연간회비	₩40,000	₩50,000

2. 회원에 대한 특전

회원가입 기간(1년간) 중 본 연구소에서 발간하는 간행물과 기타 도서 및 자료서비스는 아래와 같습니다.

– 회원가입 기간 중 발간하는 의료정책포럼, 각종 정책자료, 세미나 연제집, 연구보고서 등을 우편으로 제공

1) 회원자격 유지기간

회원가입(연회비 납부) 월부터 12개월이 되는 달의 말일까지입니다.

2) 회원가입 신청방법

연중 언제나 가입신청을 접수하며 도서회원 가입신청서를 E-mail, 팩스, 우편을 통해 본 연구소에 제출 (전화 신청 가능)

- 가입신청서 : <http://www.rihp.re.kr> > 도서회원신청 배너 클릭 > 신청서 다운로드
- 주 소 : (140-721) 서울시 용산구 이촌로 46길 33 대한의사협회 의료정책연구소
- F A X : (02) 795 - 2900
- E-mail : heypark@kma.org
- 담 당 자 : 박혜리 (02)6350-6663
- 회비납부 : 하나은행 228-078824-00204 (예금주:대한의사협회)

의료정책연구소 발간도서 안내

3. 발간도서 목록(2015. 10. 현재)

1) 정기간행물

(계간)의료정책포럼 (2015년 Vol. 13, No. 3)(계속)

2) 연구보고서

연구보고서 2015-04	멘토링을 통한 여자의대생 진로 결정 및 알-가정 양립 지원 연구
연구보고서 2015-03	의료관련 법률문제 사례분석과 의료법규 및 인문사회의학 교육 개선 연구
연구보고서 2015-02	인턴제 폐지에 따른 전공의 선발제도 개선 방안과 의학교육 교과과정 개발
연구보고서 2015-01	국외 의사협회 운영현황과 시사점
연구보고서 2014-12	필수예방접종 국가지원사업(NP) 확대 우선순위 및 비용
연구보고서 2014-11	The Global Role of Doctor in Health Care의 Country Report(대한민국)
연구보고서 2014-10	대한민국의학한림원 역할 제고를 위한 기초연구
연구보고서 2014-09	의료생활 협동조합의 실태와 개선방안
연구보고서 2014-08	중국의 보건의료제도 및 최근 개혁동향
연구보고서 2014-07	교육병원 지정에 관한 평가인증 기준 개발
연구보고서 2014-06	요양병원의 운영 현황 및 실태조사에 관한 연구-여성입원환자 중심으로
연구보고서 2014-05	의사인력 양성현황 연구: 한국의학교육백서
연구보고서 2014-04	의료감정의 현황과 제도 개선방향
연구보고서 2014-03	진료비 지불보상제도에 대한 체계적 분석 고찰
연구보고서 2014-02	미국의 건강보험개혁 동향과 시사점
연구보고서 2014-01	의원급 기본진찰행위에 대한 표준비용 조사연구
연구보고서 2013-08	호주의 보건의료제도 고찰
연구보고서 2013-07	전공의 수련 및 근로환경 실태조사
연구보고서 2013-06	의료사고 중재전략 및 이미지 회복 실무에 관한 연구
연구보고서 2013-05	포괄지불제(bundled payment) 현황과 방향
연구보고서 2013-04	개인의료정보의 관리 및 보호방안
연구보고서 2013-03	노인층에 적용되는 외래본인부담금 제도의 문제점과 개선방안
연구보고서 2013-02	의원급 의료기관의 2014년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 및 적정수가 인상을 연구
연구보고서 2013-01	의사연수교육기관 인증방안에 관한 연구
연구보고서 2012-19	보건의료 통계 분석 : OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2012-18	제약산업 판매장려금 규제에 대한 연구
연구보고서 2012-17	향후 10년간 의사인력 공급의 적정수준

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2012-16	출산에 따른 여성전공의 수련환경 실태와 개선방안
연구보고서 2012-15	의원에 적합한 건강관리서비스 모형 연구
연구보고서 2012-14	OECD 국가의 보건의료 행정조직의 조직현황과 의사의 참여방식에 관한 연구
연구보고서 2012-13	한·미 FTA 의료계에 대한 영향 분석
연구보고서 2012-12	가정상비약 약국의 판매의 경제사회적 영향 및 의료계에 미치는 영향
연구보고서 2012-11	OECD 국가의 주요 의료수가에 대한 비교 연구
연구보고서 2012-10	2011년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석
연구보고서 2012-9	우리나라 근·현대여성사에서 여의사의 활동과 사회적 위상
연구보고서 2012-8	의과대학 교수의 교육·진료·연구 환경 개선을 위한 만족도 조사연구
연구보고서 2012-7	잔찰로 산정구조의 문제점 및 개선방안
연구보고서 2012-6	The Global Role of the Doctor in Health Care의 Country Report(대한민국)
연구보고서 2012-5	의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률 공포에 따른 의료배상공제조합 추진 관련연구
연구보고서 2012-4	의원급 의료기관의 2012년 요양급여비용 계약을 위한 환산지수 및 적정수가인상을 연구: 의료 경영실태의 관점에서
연구보고서 2012-3	의료관광 활성화를 위한 고품질 의료서비스 모델개발
연구보고서 2012-2	만성기 재환의료 표준화 및 활성화 방안 연구
연구보고서 2012-1	의원경영실태 조사 2011
연구보고서 2011-32	의사 실기시험 성과분석과 개선방안
연구보고서 2011-31	한국과 독일의 정신건강 정책 비교
연구보고서 2011-30	의료정보의 보호와 관리방안
연구보고서 2011-29	의료관련 규제개혁에 관한 연구
연구보고서 2011-28	해외선진 의과대학 교육과정과 의사 국가고시 과목 비교연구
연구보고서 2011-27	의약분업 시행 10년 평가 및 제도개선 방안 연구
연구보고서 2011-26	사회경제 환경변화와 보건의료정책의 방향
연구보고서 2011-25	원외처방약제비 환수 관련 문제점 및 개선방안
연구보고서 2011-24	의대와 한의대의 통합을 통한 의료 일원화 방안 연구
연구보고서 2011-23	북한이탈주민에 대한 보건의료인 자격 인정 방안 마련을 위한 기초 연구
연구보고서 2011-22	의대 인증평가 개선방안 연구
연구보고서 2011-21	의협 중앙윤리위원회 역할과 기능 선진화 방안 연구
연구보고서 2011-20	보건소 근무의사 만족도 조사
연구보고서 2011-19	보건의료 통계 분석-OECD 보건통계 자료를 기초로
연구보고서 2011-18	의사와 한의사의 업무 갈등 사례 분석 및 대응 방안 연구
연구보고서 2011-17	의료분쟁조정제도의 실효적 운영방안
연구보고서 2011-16	진료지원인력 활용에 따른 법적문제와 대응방안 연구

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2011-15	일차의료기관의 만성질환관리체계 구축방안 연구
연구보고서 2011-14	의원급 의료기관의 자율적 인증제 개발
연구보고서 2011-13	개인 및 단체의 선거운동에 대한 정치관계법 연구
연구보고서 2011-12	총액계약제 사례 연구 : 독일 대만을 중심으로
연구보고서 2011-11	공중보건 의사 실태조사 연구
연구보고서 2011-10	건강보험 모델병원을 통해 살펴 본 수가적정성 연구
연구보고서 2011-9	의사 시니어 클럽 운영 방안 및 사업내용 연구
연구보고서 2011-8	전문의제도 개선 방안 연구
연구보고서 2011-7	소비자 생협, 농협 등의 의료기관 설립 타당성에 대한 연구
연구보고서 2011-6	세부전문의제도 정립을 위한 의학계의 인식조사 및 제도 활성화 방안 연구
연구보고서 2011-5	건강보험 재원조달과 건강보험 지속가능성에 관한 연구
연구보고서 2011-4	국민건강보험공단의 효율적 관리모형 개발
연구보고서 2011-3	의료기관 현지조사에 대한 법적검토와 개선방안
연구보고서 2011-2	보험급여가 되지 않는 진료행위 인정방안 연구
연구보고서 2011-1	보건의료 통계 분석
연구보고서 2010-12	한국형 전공의 공통교육과정 개발
연구보고서 2010-11	보건소 기능 개편 방안
연구보고서 2010-10	진료의뢰 및 회송제도 개선방안
연구보고서 2010-9	건강관리서비스 도입방안 검토와 대안모색
연구보고서 2010-8	2009년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석
연구보고서 2010-7	의료기관의 환자정보 보호방안 : '정보통신망법'을 중심으로
연구보고서 2010-6	상급종합병원의 외래환자 조정방안 연구
연구보고서 2010-5	수도권 의료집중 완화를 위한 병상공급 개선방안 연구
연구보고서 2010-4	영리의료법인에 대한 검토와 대안 모색
연구보고서 2010-3	일본의 의료보험제도 및 진료비 지불체계에 관한 연구
연구보고서 2010-2	국방의학원 설립 타당성 검토 및 군 의료체계 선진화 방안 연구
연구보고서 2010-1	의원 경영실태 조사분석
연구보고서 2009-8	국민건강보험상 요양급여비용 환수·차별관련 규정의 문제점과 개선방안
연구보고서 2009-7	민간건강보험에 의한 의료기관 피해 실태 및 대처방안 : 보험자 및 제공자 조직간 관계 연구
연구보고서 2009-6	의사에 대한 인권침해 실태 및 구제방안
연구보고서 2009-5	유사의료행위에 관한 법적 문제와 개선방안
연구보고서 2009-4	의료환경변화에 대한 연구 : 의료인력(의사·간호사) 및 의료기관 기능 재정립

의료정책연구소 발간도서 안내

- 연구보고서 2009-3 의원 경영실태조사
- 연구보고서 2009-2 표준의원의 원가분석을 통한 건강보험 수가평가 연구
- 연구보고서 2009-1 우리나라 일차의료 활성화를 위한 모델구축- 의료이용자의 지속적인 건강관리를 위한 실천 전략
- 연구보고서 2008-5 건강보험 관리운영조직의 효율성 평가
- 연구보고서 2008-4 현행 건강보험제도의 법률적 검토- 요양기관 당연지정제 및 요양급여비용 계약제를 중심으로
- 연구보고서 2008-3 2007년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석
- 연구보고서 2008-2 제주도 특별법 시행과 관련한 대응방안 모색과 의료산업화에 대한 소고
- 연구보고서 2008-1 정의로운 의료체계에 대한 연구
: John Rawls의 Norman Daniels의 자유주의 의료정의론을 중심으로
- 연구보고서 2007-4 일차 의료기관 경영실태조사
- 연구보고서 2007-3 보건의료 통계 분석 : OECD 보건통계 자료를 기초로
- 연구보고서 2007-2 국민건강보험공단 결산서 분석
- 연구보고서 2007-1 노인요양보험(보장)제도 도입이 의료계에 미치는 영향 및 문제점 분석
- 연구보고서 2006-14 보건의료 통계 분석 -OECD 보건통계 자료를 기초로
- 연구보고서 2006-13 의사의 다양한 진로에 관한 연구
- 연구보고서 2006-12 민간의료보험의 유형별 영향에 관한 연구
- 연구보고서 2006-11 건강보험 적정성 평가정책의 문제점과 개선방안
- 연구보고서 2006-10 의약분업평가를 위한 국민만족도 조사
- 연구보고서 2006-9 저출산에 대한 국가별 비교 및 저출산에 대한 대책
- 연구보고서 2006-8 식대 급여정책 형성과정과 수가결정의 문제점에 관한 연구
- 연구보고서 2006-7 우리나라 생물학적동등성시험의 문제점 및 개선방안
- 연구보고서 2006-6 의원급 의료기관 경영분석
- 연구보고서 2006-5 보건의료 정상화를 위한 국민의료비 확충방안 연구
- 연구보고서 2006-4 노인요양보장제도의 제공체계에 대한 연구
- 연구보고서 2006-3 국민요양보장제도 도입을 위한 합리적인 모형 연구
- 연구보고서 2006-2 자동차보험제도의 문제점 및 개선방안 : 의료부문을 중심으로
- 연구보고서 2006-1 의료정책 관련 조사에서의 문제점과 개선방안에 관한 연구
: 대한의사협회 시행 설문조사를 중심으로
- 연구보고서 2005-4 보건의료 통계 분석 : OECD 보건통계 자료를 기초로
- 연구보고서 2005-3 수가계약제 확립을 위한 제도개선 방안
- 연구보고서 2005-2 국민건강보험공단 재정운영 분석
- 연구보고서 2005-1 영리법인 허용이 의료계에 미치는 영향

의료정책연구소 발간도서 안내

연구보고서 2004-1-16	언론에서의 반의사정서 극복방안
연구보고서 2004-1-15	원격의료 및 전자의무기록에 관한 법적 연구
연구보고서 2004-1-14	2004년 의료관련 주요판례에 대한 조사·분석
연구보고서 2004-1-13	의원의 진료비 수입 분석
연구보고서 2004-1-12	진료권 침해 및 보험급여 왜곡 사례집
연구보고서 2004-1-11	가계비 대비 보건의료비
연구보고서 2004-1-10	OECD 보건통계자료를 통해 살펴본 우리나라 보건의료 현황분석
연구보고서 2004-1-9	의사단체의 정치세력화
연구보고서 2004-1-8	건강보험제도에 대한 국민만족도 조사
연구보고서 2004-1-7	대만 의료보험제도와 총액예산제
연구보고서 2004-1-6	진료정보에 관한 법적 연구
연구보고서 2004-1-5	한방병원과 협진하는 의사 실태 조사연구
연구보고서 2004-1-4	의료인력과 타 직업 종사자간 소득비교 연구
연구보고서 2004-1-3	국민건강보험공단 재정운영의 문제점
연구보고서 2004-1-2	외국의 처방전, 조제내역서, 진료비영수증 관련 법제
연구보고서 2004-1-1	바람직한 인체조직 활용제도 연구
연구보고서 2003-1-4	의사연수교육 실태조사 및 개선방안 연구
연구보고서 2003-1-3	중간요양시설의 법제화 방안 연구
연구보고서 2003-1-2	독일 건강보험제도 개혁 주요내용
연구보고서 2003-1-1	의원급 의료기관 진료비수입 및 경영분석
연구보고서 6	개원의원 정보화현황 조사연구, 2003
연구보고서 5	외과계열의 의료서비스 질저하 예방을 위한 상대가치점수 조정방안, 2003
연구보고서 4	상대가치 개정방법의 개선방안 연구 : 1년 개정방법을 중심으로, 2003
연구보고서 3	국민건강보험법 개정방안, 2003
연구보고서 2	건강보험 수가조정 과정과 방법에 대한 연구, 2003
연구보고서 1	의료법 개정방안, 2003
연구사업 2004-2-2	현행보건의료법체계의 법정책학적 접근에 관한 연구
연구사업 2004-2-1	경제자유구역 내 외국인병원의 진입유형 및 대응전략 개발
연구사업 2003-2-9	조직, 프로그램, 장기적 전망 모형 구축에 따른 대한의사협회 발전방안에 대한 연구
연구사업 2003-2-8	무과실 의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도조사에 관한 연구
연구사업 2003-2-7	복지국가와 의료정책: 영국, 독일, 미국의 의료보험 구조조정 연구
연구사업 2003-2-6	보건정책결정과정에서의 국가의 역할-1993년 한약 조제권 분쟁을 중심으로
연구사업 2003-2-5	의료정책의 컨텐츠로서의 醫文化연구의 역할과 방향

의료정책연구소 발간도서 안내

연구사업 2003-2-4	의과대학 인정평가 제도화 방안에 관한 연구
연구사업 2003-2-3	전문 직업인으로서 의사의 의무와 역할에 대한 이론적 토대
연구사업 2003-2-2	의료인의 국제이동에 따른 면허관리규범 정립에 관한 연구 : 상호승인협정의 관점에서
연구사업 2003-2-1	선진 주요국의 의료제도 연구

3) 용역연구보고서

용역보고서 2007-2	자발적 참여에 의한 전염병 표본감시체계 구축 방안 (보건복지부)
용역보고서 2007-1	산부인과 의원의 경영 분석 (대한산부인과협회사회)
용역보고서 2006-1	한국인의 식생활 유형과 질병 발생과의 관련성 (농림부)
용역보고서 2005-1	진단검사의학과 전문의 정체성 조사 및 역할증대방안 (대한진단검사의학회)
용역보고서 2004-5	소아청소년과 의원 경영분석 (대한소아과개원의협의회)
용역보고서 2004-4	영상의학과 공동개원 실태조사 (대한방사선과개원의협의회)
용역보고서 2004-3	의과대학 교수의 교직만족에 관한 연구(전국의과대학교수협의회)
용역보고서 2004-2	산부인과 의원의 실태 분석 (대한산부인과개원의협의회)
용역보고서 2004-1	한국인의 식(食餌)과 건강에 관한 고찰 2004 (농림부)

4) 정책보고서

정책보고서 2008-1	건강보험 계약제의 도입방안
정책보고서 2005-1	건강보험제도 분석 및 고찰
정책자료집 3	새정부에 반영되어야 할 의료정책 : 대통령직 인수위원회 보건의료전문위원 초청 간담회, 2002
정책자료집 2	의약분업 재검토방안, 2002
정책자료집 1	16대 대통령에게 바라는 보건의료정책 방향, 2002

5) 핸드북 및 자료집

자료집 21	2014 전국 회원실태조사보고서
자료집 20	진단서 등 작성·교부 지침
자료집 19	KMA POLICY 구축 및 활용방안 연구
자료집 18	2013 의료정책연구소 발전 워크숍
자료집 17	2008 의료정책포럼 모음집 (제14차~26차)
자료집 16	발간보고서 요약집 (2005.7~2008.6)
자료집 15	2006 전국회원실태 조사보고서

의료정책연구소 발간도서 안내

자료집 14	보건통계자료집 2005
자료집 13	2005 전국회원실태 조사보고서
자료집 12	의료정책연구소 연보
자료집 11	OECD국가의 의료자원조달 및 지불체계에 관한 연구
자료집 10	사회봉사 자료집 IV
자료집 9	의료일원화 관련 자료집 2005
자료집 8	의료정책포럼 모음집 (1차-13차) 2005
자료집 7	발간보고서 요약집 (2002.7~2005.6)
자료집 6	의사회원 사회봉사 자료집 III 2005
자료집 5	2005 대한의사협회 소장도서 목록집
자료집 4	사회봉사 자료집 II 2004
자료집 3	2004 대한의사협회 소장도서 목록집 2004
자료집 2	2003 대한의사협회 소장도서 목록집 2003
자료집 1	사회봉사 자료집 2003
핸드북 9 2010	개원회원을 위한 세금-노무가이드
핸드북 8 2009	개인회원을 위한 세금가이드
핸드북 7 2008	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 6 2007	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 5 2006	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 4 2005	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 3 2004	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 2 2003	개원회원을 위한 세금가이드
핸드북 1 2002	개원회원을 위한 세금가이드

6) 단기과제

단기과제 5	의원급 의료기관의 원가분석 연구
단기과제 4	외래환자수에 따른 진찰료 차등수가제도에 관한 연구
단기과제 3	야간공휴일 가산제도 개선방안에 관한 연구
단기과제 2	의사회원의 기부문화 신장방안에 관한 연구
2004 단기과제 1	2003년도 의료관련 주요판례에 대한 조사분석

7) 번역서

의료윤리규약과 윤리적 쟁점 사례 (박윤형, 장동익 역, 2012)
보건의료경제학 (박윤형, 정우진 역, 2010)
미국의료의 사회사 (이종찬 역, 2012)
WHO 기후변화와 건강 (박윤형 역, 2012)

8) 단행본

건강보험 급여 기준집 (이명수, 2013)
건강증진 신체 활동론 (고광욱, 2012)
2013 병·의원 세무·노무 가이드북 (임금자, 최진우, 2013)
2012 보건의료법규 (박윤형, 이백휴 편, 2012)
최신 생명윤리법 (박윤형 외, 2012)
의료정책 현장에서 답을 찾다 (박윤형, 2012)
한국의학사 (여인석 외, 2012)
한국 현대의료의 발자취 (한동관, 2012)

계간 의료정책포럼

| 편집위원회 |

위원장 최재욱

위 원 강태경 김명성 김형수 박근태 신의철 신현영 이성우 이진석 이해연

간 사 신성철

실 무 박혜리

계간 의료정책포럼 2015년(통권 50호, Vol.13, No.3)

창 간 2003년 1월 5일

발 행 일 2015년 10월 19일

발 행 인 추무진

편 집 인 최재욱

인 쇄 승림디앤씨

발 행 처 대한의사협회 의료정책연구소

주 소 서울특별시 용산구 이촌로46길 33 (이촌동)

전 화 (02)794-2474

전 송 (02)795-2900

홈페이지 www.rihp.re.kr

Health Policy Forum Vol.13, No.3(2015 Year)

Publisher Choo Moo Jin, M.D.

Editor in chief Choi Jae Wook, M.D.

Published Quarterly by Reserch Institute for Health Policy

Address 33, Ichon-ro 46-gil, Yongsan-gu, Seoul, Korea 140-721